

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-600850

ND: 54005

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11468		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ATEL NAJDOUB Monastir
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. : 0660301886		Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

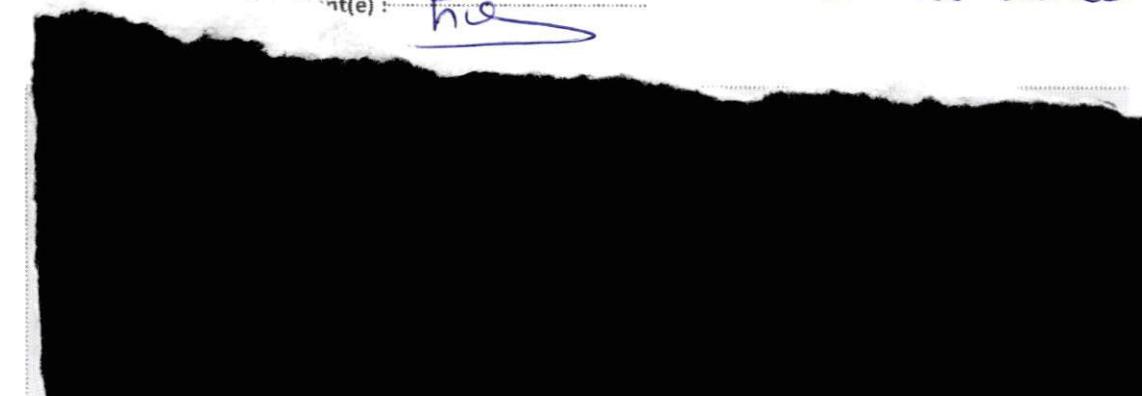
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Complément	
Date de consultation :	1
Nom et prénom du malade :	31 DEC. 2020
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 31/12/2020

Le Se

nt(e) : R



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

Il faut préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.

La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives. (Ordonnances prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire,

ou autres) sauf si les prospectus et les P. P.M. concernant les médicaments indiquent autre chose.

Si la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré doit remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du règlement délivré par cet organisme.

Il faut joindre les documents et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre à l'assureur.

Les soins dentaires : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins courants, parodontologiques et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable est obligatoire.

En **consécration médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront figurer : la notation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.

La **remise des pièces** : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remises à l'assureur au plus tard, dans les **trente jours** qui suivent la guérison ou la fin du traitement.

La **garantie forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité** est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

Verifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

Wafa Assurance



تأمين الوفاء

SIEGE SOCIAL : 1, BD ABDELMOUNEM - CASABLANCA (01) - TEL : 05 22 54 55 55 - TELEX : 21 867 - FAX : 05 22 20 91 03 - R.C. : 31719 - I.E. : 01085467
S.A, au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° : 17-99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 10573062

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

150 + 178

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

10573062

DECLARATION

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie
Electrocardiogramme
Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

L A H L o n m e C A K

87,405 MELTA 30
7 CAT 31

2810 YOGALINE
CARTER

1900 FEBRER enfant
7h45 3i

14,60 X Doliprane® n°2
128,30 7 + 3i

تحزنه الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف: 09 03 93 22 05



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : SOCIETE AEROTECHNIQUES INDUSTRIES

/ 811914/

NOM DE L'ASSURE LAHLOU MOHAMMED AMINE

CONTRAT N° 165 60 / 461500

CERTIFICAT N° 4034183

MATRICULE 4034183

BENEFICIAIRE : MALAK

DATE DE LA DECLARATION : 02/10/2020

DECLARATION N° : 10573062

DATE DE REMBOURSEMENT : 03/11/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
1	Consultation	150.00		150.00		85%	127.50
15	Pharmacie	128.00		128.00		85%	108.80
TOTAUX		278.00		278.00			236.30

OBSERVATIONS :