

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-572266

58146

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11468

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AITELNAS DOUB Hanane

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0660 301896

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément mutuelle

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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.

Fait à : Casablanca

Le : 02/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : SOCIETE AEROTECHNIQUES INDUSTRIES

/ 834186/

CONTRAT N° 9165 60 / 461500

NOM DE L'ASSURE LALLOU MOHAMMED AMINE

CERTIFICAT N° 4034183

MATRICULE 4034183

BENEFICIAIRE : LALLOU MOHAMMED AMINE

DATE DE LA DECLARATION : 15/12/2020

DECLARATION N° : 19573932 /

DATE DE REMBOURSEMENT 13/01/2021

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	200.00		200.00		85%	170.00
14	Radiologie	300.00		300.00		85%	255.00
25	Verres	2200.00		1575.00		85%	1338.75
26	Monture	800.00		666.67		85%	500.00
TOTAUX		3500.00		2741.67			2263.75
OBSERVATIONS :							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
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 : 19573932

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté : 70153

Nom et prénom de l'assuré

LAHLOU MOHAMMED AMINE

Type de déclaration

☐ Médical

☐ Dentaire

☒ Optique

Total des frais engagés

3500 DH

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

15 DEC 2020

Nom et prénom du malade :

LAHLOU AORAME AMINE

Age

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Maladie cardiaque

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

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°

15/12/2020

19573932



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant		2000,-
Pharmacie		
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux	Vision des couleurs 	300.00 3000,-

VOLET DÉTACHABLE

Docteur . Hamid FARAH

Ophthalmologiste



Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux
Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophthalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT
Ancien Médecin Ophthalmologiste à l'hôpital My Youssef

الدكتور . حميد فراح

أخصائي أمراض و جراحة العيون

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات الاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف

Casablanca, Le

15 DEC. 2020

الدار البيضاء في

Carton Medicament



CR - 0,25 a 70



 AP: + 2,25 m

Docteur Hamid FARAH

Ophthalmologiste

Bd OUM Errabli - Rond point OMAR EL MOKHTAR - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91



نظارات إسلام
LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0001209

Casablanca, le 23/12/2010

M. LAHLOU Mohamed SAIME Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
Varilux OD. MAR 4to	OD OG /	OD OG /	OD OG /	OD 43/ OG 43/
Monture	Métal	Plastique	A	800
V.L. : - OD	170 - 24/		1	1200
- OG	R		1	1000
V.P. : - OD				
- OG				
ADD./	occl. 22/			
TOTAL				3000

Arrêtée la présente facture à la somme de 3000
Fait le 23/12/2010

BOUCHRA NAJI ELAMRI ,
ORTHOPTISTE
DIPLOMEE DE LA FACULTE DE
MEDECINE DE MONTPELLIER
FRANCE

Casa-le : 17/12/2020

DOCTEUR FARAH:

Je vous prie de trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen de vision des couleurs, fait aux tests de Farnsworth 15 hue désaturé et test de Farnsworth 100 hue, à Monsieur LAHLOU Med Amine, âgé de 55 ans,

TEST de Farnsworth 15 HUE désaturé:

Œil droit: On note une erreur minime de discrimination chromatique, absence d'axe d'anomalie dyschromatopsique. Examen normal.

Œil gauche: On note une erreur minime de discrimination chromatique. Absence d'axe d'anomalie dyschromatopsique. L'examen est normal.

TEST de Farnsworth 100 HUE:

OEIL DROIT:

On note quelques erreurs de discrimination chromatique qui restent dans le cadre normal vu la difficulté du test, absence d'un axe d'anomalie dyschromatopsique.

ŒIL GAUCHE:

On note quelques erreurs de discrimination chromatique qui restent dans le cadre normal vu la difficulté du test, absence d'un axe d'anomalie dyschromatopsique.

CONCLUSION:

Examen de vision des couleurs normal en bilatéral pour les deux tests effectués.

Merci de me l'avoir confié
Bien à vous

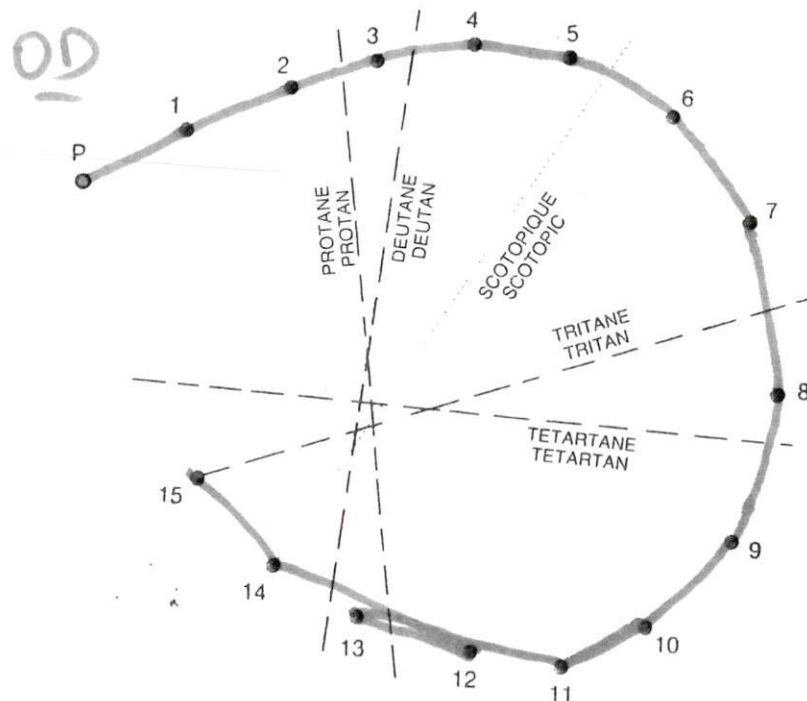
BOUCHRA NAJI ELAMRI
ORTHOPTISTE
DIPLOMEE DE LA FACULTE DE
MEDECINE DE MONTPELLIER
FRANCE

TEST 15 HUE DESATURATION de LANTHONY LANTHONY'S DESATURATED 15 HUE TEST

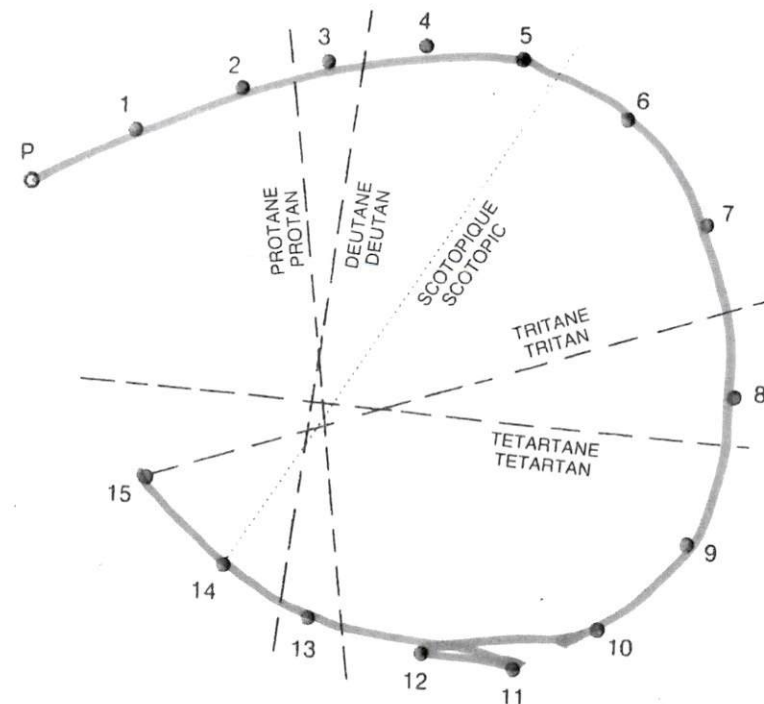
Nom M^r LAHLOU ^{17^e} Amine Age 55 ans Date 17 Dec 2020 N° _____
 Name _____
 Œil _____ Diagnostic _____
 Eye _____

Desaturé
 TEST STANDARD, ordre donné par le sujet :
 STANDARD TEST, order given by the patient : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 13 12 14 15
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
06 TEST DÉSATURÉ, ordre donné par le sujet :
 DESATURATED TEST order given by the patient : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 11 13 14 15

TEST STANDARD
STANDARD TEST



TEST DESATURATION
DESATURATED TEST



TEST DE FARNSWORTH 100 HUE FARNSWORTH 100 HUE TEST

Nom M^r LAHLOU M^{re} Amine Age 55 ans Date 17/11/21

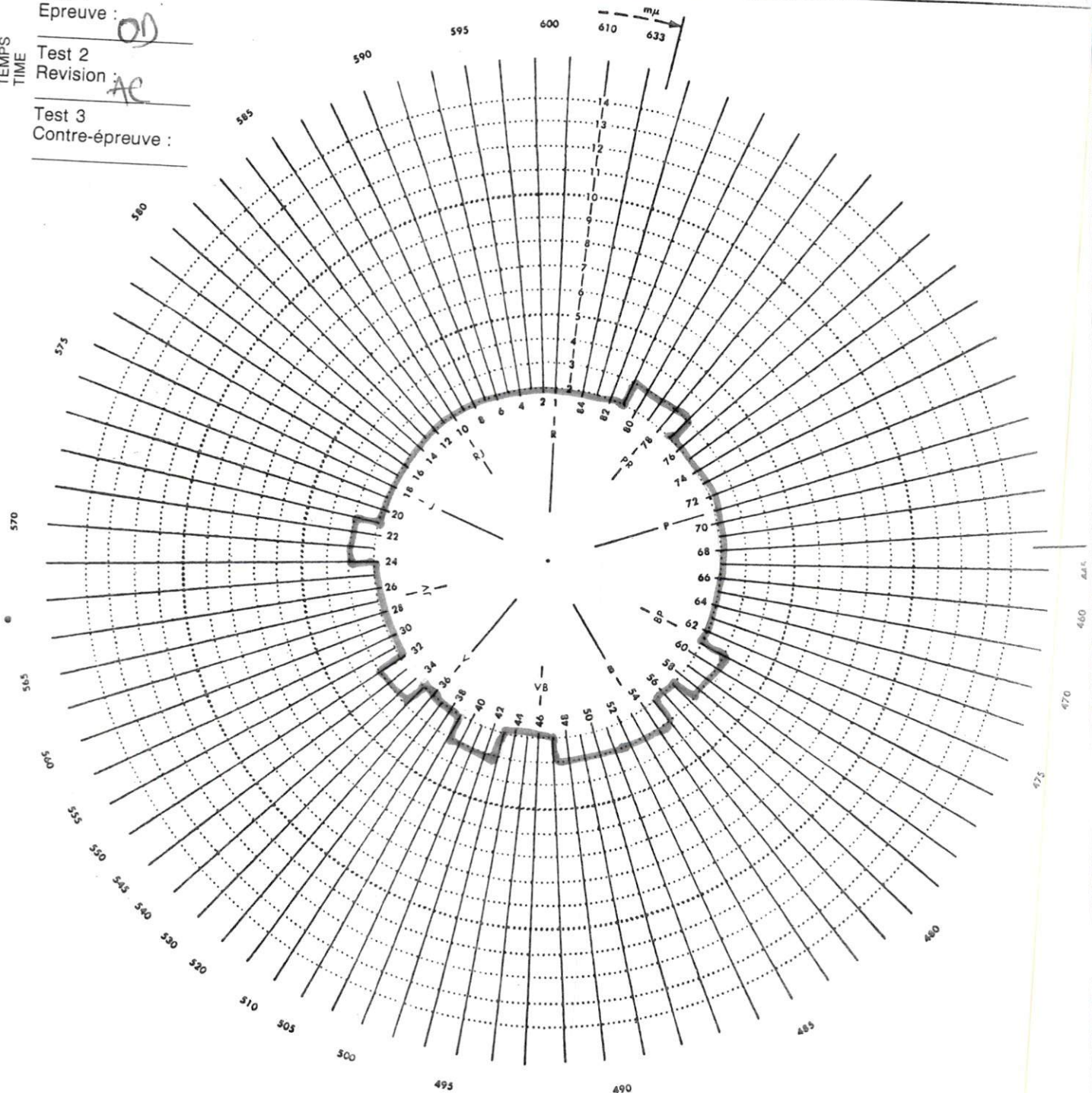
85	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	
64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84

Test 1
Epreuve : OD

Test 2
Revision : AC

Test 3
Contre-épreuve :

TEMPS
TIME



TEST DE FARNSWORTH 100 HUE FARNSWORTH 100 HUE TEST

Nom M. LAHLOU H. - Amine Age 57 ans Date 17/12/2020
Name

85	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	
64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	

Test 1
Epreuve : OG
Test 2
Revision : AC
Test 3
Contre-épreuve :

TEMPS
TIME

