

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

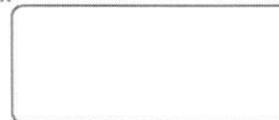
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8928		Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OTEL RAM
Nom & Prénom : OTEL RAM			
Date de naissance : 17-01-67			
Adresse : 8 Rue E. Gouraud - Rabat			
Tél. : 0665 18 12 27		Total des frais engagés : 528.80. Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/10/2021



SIÈGE SOCIAL : 1 BD ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. : 01085467 ICE : 00068375600004
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 :

18794263

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Khalid DIRAI

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

529,80

Cachet du médecin :

Dr. Leila TAZI-DAOUDI
Allergologue
Immeuble Colysée 30 Bd. Aïn le Maâouia
Casablanca - Tél. : 05 22 54 40 11

Date de la consultation :

25.12.2020

Nom et prénom du malade :

ADAM DIRAI

Age 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

Aubihare + Coquelicot + Dermographie

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

18794263

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	25.12.2020 <i>Jed.</i> TAZI-DAOUDI Bourgogne 274011	300 DM
Pharmacie	25/12/2020 	229,80
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

xx

VOLET DÉTACHABLE

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

• Docteur de l'Université Paris 5
Ancienne Attachée en Allergologie
des Hôpitaux de Paris

• Membre de la Société Française d'Allergologie
• Maladies allergiques de l'adulte et de l'enfant

الدكتورة ليلى التزاري الداودي

الختصاصية في أمراض الحساسية
للكبار والاطفال

25-12-2020

M^r ADAM BIRKI

1/ Voedose 100.000 UI

1 ampoule 1/5j pdt 2 mois

49.760 x 2

2/

Fleuryl 500

1 - 1 - 1 pdt 10



Intérieur

2 - 0 - 2 pdt 10



66.10 x 2
229.80

Ultra-levure

2 - 0 - 2 pdt 10j





Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : FIRST REST INTERNATIONAL MC DONALD S
NOM DE L'ASSURE DIRAI KHALID
BENEFICIAIRE : DIRAI ADAM
DECLARATION N° : 18794263

/ 834751/

CONTRAT N° 9165 60 / 279000
CERTIFICAT N° 1945484 MATRICULE 90004
DATE DE LA DECLARATION : 25/12/2020
DATE DE REMBOURSEMENT : 19/01/2021

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation specialiste	300.00		300.00		85%	255.00
15	Pharmacie	229.80		229.80		85%	195.33
TOTAUX		529.80		529.80			450.33
OBSERVATIONS :							



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST INTERNATIONAL MC DONALD S
 NOM DE L'ASSURE ÐIRAI KHALID
 BENEFICIAIRE : DIRAI ADAM
 DECLARATION N° : 18794263

/ 834751/

CONTRAT N° 9165 / 279000
 CERTIFICAT N° 1945484 MATRICULE : 90004
 DATE DE LA DECLARATION : 25/12/2020
 DATE DE REMBOURSEMENT 19/01/2021

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		85%	255.00
15	Pharmacie	229.80		229.80		85%	195.33
TOTAUX		529.80		529.80			450.33

OBSERVATIONS :