

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-601933

59319

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8928 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ASAC

Nom & Prénom : CHEL RAN ASAC

Date de naissance : 17-01-67

Adresse : 2 Rue El Mouassini - Racine

Tél : 0665 10 12 27 Total des frais engagés : 528,80 Dhs

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] Le : 10/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



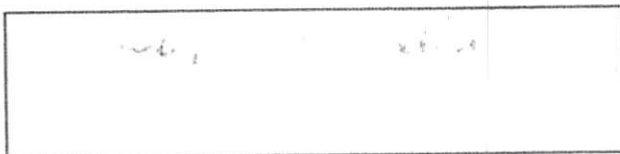
تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD ABDELMOUHEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C : 31 719 - I.F : 01085467 ICE : 00063736000004
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

Amid DIRAI

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

529,80

Cachet du médecin :

Dr. Leila TAZI-DAOUDI
Allergologue
Im. le Colysée 30 Bd. Ain El - Sidi
Casablanca - Tél: 05 22 54 55 55

Date de la consultation :

25.12.2020

Nom et prénom du malade :

ADAM DIRAI

Âge 19 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfants

Nature de la maladie :

Amibiase + Coarctation VLD + Dermoglyphie

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

CERTIFICAT N°

18794263



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	25.12.2020		300 0M
Pharmacie	25/12/2020		229,80
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			



VOLET DÉTACHABLE

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

• Diplômée 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 التازي الداودي

اختصاصية في أمراض الحساسية
للکبار والاطفال



25-12-2020

M^r ADAM SIRAI

4 Voedose 100.000 vi

1 ampoule / 15j par 2 mois

49.70 x 2

2/

Flagyl 500

1 - 1 - 1 par 10j



Intetoux

2 - 0 - 2 par 10j



66.10 x 2
229.80

Ultrav - levure

2 - 0 - 2 par 10j

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue
le Colysée 30 Bd Ain Taoujlate Bourgogne (à proximité de la Clinique Badr) - Casablanca
Tél: 05 22 23 40 31 - Email: leila.tazi@colysée.ma



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : FIRST REST INTERNATIONAL MC DONALD S / 834751/

NOM DE L'ASSURE DIRAI KHALID

BENEFICIAIRE : DIRAI ADAM

DECLARATION N° : 18794263 /

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 PAYE	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 :							

* 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

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST INTERNATIONAL MC DONALD S / 834751/
NOM DE L'ASSURE DIRAI KHALID
BENEFICIAIRE : DIRAI ADAM
DECLARATION N° : 18794263 /

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 PAYE	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 :