

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 canalaires, 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 canalaires.

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-675291

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12324 Société : RAN 408758

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAMDOUNE ELMEHD

Date de naissance : 14 mai 1986

Adresse : 201 Boulevard de résistance, appartement 7, étages 3, Casablanca

Tél. : 0663621561 Total des frais engagés : 1940,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2021

Nom et prénom du malade : ephamoulane Bonichyane

Age : 28 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Céramène Complément (CM)

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 : 14/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

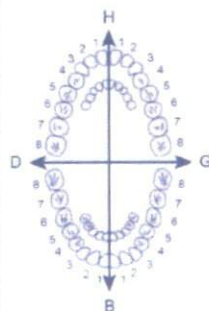
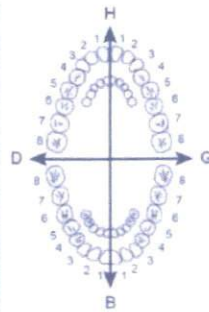
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

F A C T U R E

N° : 3896 / 2021 du 17/12/2021

Nom patient **GOURICHY JIHANE EP HAMDOUNE**

Entrée 14/12/2021

Prise en charge **Wafa ASSURANCE**

Sortie 17/12/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE	3,00	CH	400,00	1 200,00
SALLE OPERATION	100,00	K	25,00	2 500,00
			<i>Sous-Total</i>	3 700,00
PHARMACIE	100,00	PH	15,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	1 500,00
Total Clinique				5 200,00

DR. NOUN MOHAMED (gyneco)	100,00	K	30,00	3 000,00
DR. ANESTHESISTES REA (anesthesie)	50,00	K	30,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	4 500,00
Total Autres prestations				4 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total	9 700,00
NEUF MILLE SEPT CENTS DIRHAMS				
Immatriculation : 5510599	Adhérent :	GOURICHY JIHANE EP HAMDOUNE	Part organisme	7 760,00
Affiliation :	N° prise en charge :	2000043496	Part patient	1 940,00
Cin : BB87162				

CLINIQUE LES PAPILLONS
23 Rue des Papillons - Oasis
Casablanca
Tél: 0522 98 30 35 - Fax: 0522 98 31 32

CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

F A C T U R E

N° : 3902 / 2021 du 16/12/2021

Nom patient **GOURICHY JIHANE EP HAMDOUNE**
PAYANTS

Entrée 14/12/2021

Sortie 16/12/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

SUITE	3,00	S	3 000,00	9 000,00
			<i>Sous-Total</i>	9 000,00
Total Clinique				9 000,00

DR. NOUN MOHAMED (gyneco)	1,00	V2	2 000,00	2 000,00
DR. CHAFAI SALWA (pediatre)	1,00	V2	600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	2 600,00
MONITO	1,00	monito	600,00	600,00
ACCOMPA	3,00	ACC	250,00	750,00
			<i>Sous-Total</i>	1 350,00
Total Autres prestations				3 950,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : DOUZE MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	12 950,00

CLINIQUE LES PAPILLONS
23, Rue des Papillons Oads
Casablanca
Tél: 0522 98 30 35 Fax: 0522 98 31 32

CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N°

3 896 / 2021 du 17/12/2021

Nom patient **GOURICHY JIHANE EP HAMDOUNE**

Entrée **14/12/2021**

Prise en charge **Wafa ASSURANCE**

Sortie **17/12/2021**

N° prise en charge **-2000043496**

Total ticket modérateur

1 940,00

CLINIQUE LES PAPILLONS
23, Rue des Papillons - Oudjda
Casablanca
Tél: 0522 98 30 35 - Fax: 0522 98 31 32



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Edité le : 17/12/2021 07:40

Casablanca le 17/12/2021

Attestation de prise en charge

N°PEC :	-2000043496		
Centre de soin :	CLINIQUE LES PAPILLONS		
N°Police :	60/573500	INTERMEDIAIRE :	9724-PREVAS sarl
Contractante :	LABORATOIRES PHARMA 5	Adresse :	39 RUE EL FOURAT ETG 2
N° Adhèrent/Matricule:	5510599/1088	Date prescription :	16/12/2021
Nom adhérent :	GOURICHY JIHANE	Bénéficiaire :	GOURICHY JIHANE
Médecin prescripteur :	DR NOUN	Frais engagés :	9700.00
Nature de soin :	Intervention chirurgicale		

Nous avons l'honneur de vous donner notre accord de prise en charge pour la réalisation des soins susmentionnés à hauteur de : 7760.00 (sept mille sept cent soixante Dirhams)

Acte	Montant Devis	Montant de base	Montant accordé	Ticket modérateur
Hospitalisation chirurgicale	9700.00	9700.00	7760.00	1940.00
TOTAUX	9700.00	9700.00	7760.00	1940.00

Sous réserve de respecter les conditions ci-après :

S/R CRO

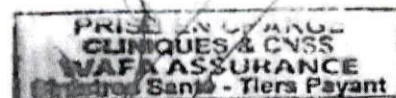
Il est entendu que cet accord reste valable tant que l'assuré fait partie des assurés répondant aux conditions fixées par le contrat.

La durée de validité de cet accord est fixée à 1 mois à partir de sa délivrance et à la limite du 31 décembre de l'exercice en cours.

A la fin du traitement, le reçu ainsi que toutes les pièces justificatives devront nous être adressés.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

INDEMNISATIONS SANTE



Ce document nécessite une vérification en vous connectant au lien

<https://sante.apps.wff>