

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

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° W21-708464

187692 SN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12831

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Lili DOURIT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 801 503

Total des frais engagés :

300,00 H 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 : Casablanca

Le : 22/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Z. DOURIT

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



S_D_202232054-
1-2

SIÉC
S.A

522 54 55 58 - R.C. 31 719 - LF 01085467 ICE 000083736000004
régie par la loi n° 17.99 portant code des assurances
assurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 21506641

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Azouina Oussama

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

300,00

Cachet du médecin :

Dr. Guessous Mohamed Hich.
Dentiste Orthodontiste
26 Rue Sérine Imm Fortune 3
Appt 14 B Séjour Casablanca

Date de la consultation :

21/06/2021

Nom et prénom du malade :

Azouina Mohamed Ben Aïssa

Lien de parenté :

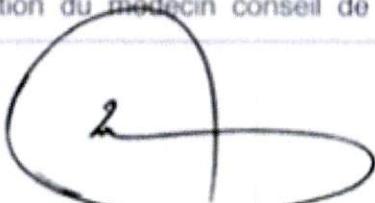
Lui-même Conjoint Enfants

Nature de la maladie :

cataracte

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

21506641

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

تأمين الوفاء
Wafa Assurance

DATE DE CONSULTATION



Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS FACTURE



**Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité**

AFF : / -

CONTRACTANTE : GROUPE MOJAZINE
NOM DE L'ASSURE : AZOUINA OUSSAMA
BENEFICIAIRE : MOHAMED BARAE
DECLARATION N° : 21506641 /

/ 989826/

CONTRAT N° : 9101 60 / 661700

CERTIFICAT N° : 7145400

MATRICULE : 7145400

DATE DE LA DECLARATION : 21/06/2022

DATE DE REMBOURSEMENT : 07/07/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
27	Soins dentaires	300.00		300.00		80%	240.00
TOTAUX		300.00		300.00			240.00
OBSERVATIONS :							

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

* la cotisation de l'acte effectuée selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Entreprise régée par la loi 17-99 portant code des assurances



**Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité**

CONTRACTANTE : GROUPE MOJAZINE
NOM DE L'ASSURE : AZOUINA OUSSAMA
BENEFICIAIRE : MOHAMED BARAE
DECLARATION N° : 21506641 /

/ 989826/

CONTRAT N° : 9101 60 / 661700

CERTIFICAT N° : 7145400

MATRICULE : 7145400

DATE DE LA DECLARATION : 21/06/2022

DATE DE REMBOURSEMENT : 07/07/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
27	Soins dentaires	300.00		300.00		80%	240.00
TOTAUX		300.00		300.00			240.00
OBSERVATIONS :							

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

* la cotisation de l'acte effectuée selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels