

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

- 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.

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° W21-784958

Auguste

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11353 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAOUDE DAURA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06648248 Total des frais engagés : 60 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 : CASA

Le : 27/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

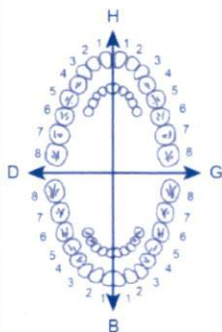
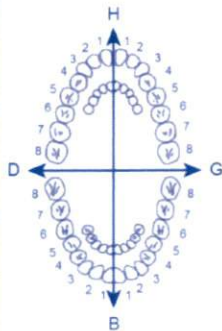
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 1045 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : MOUKDAR MOUNIR

CERTIFICAT N° : 2237083 MATRICULE: 2237083

BENEFICIAIRE : MOUKDAR MOUNIR

DATE DE LA DECLARATION : 26/12/2022

DECLARATION N° : 22716612 / 22716612

DATE DE REMBOURSEMENT : 18/01/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		80.0%	240.00
15	Pharmacie	1023.20		1023.20		80.0%	69.12
	TOTAUX	1323.20		1323.20			309.12
OBSERVATIONS : nr, acm*3+acmb							

WANA CORPORATE S.A.
Direction Support & pilotage RH
Lot La Colline II, Lot 1&2
Sidi Maârouf - 20190 Casablanca
Tél.: 0522 500 000 / 500 000 000
057117

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



DECLARATION DE MALADIE : 22716612

IDE

ure.

(Ordonnances médicales prescri-
s...)

médicaments doivent être joints

assuré devra remettre à l'assureur
gement délivré par cet organisme.
d'un sinistre sont conservés par

les soins spéciaux, paradontoses

le maladie doit être accompagnée
la cotation des actes la ventila-
il de fournitures pharmaceutiques.

loivent être remise à l'assureur au
du traitement.

est payable sur présentation d'un

ractère obligatoire pour obtenir
nble des services qui y sont
ervices de l'assureur et les tiers

urée du contrat d'assurance et
st nécessaire pour permettre à
e prescription ou en application
des informations de l'assuré
ction des obligations légales
galement autorisés à obtenir les

3 relative à la protection des
actère personnel.

qu'électronique, de telle sorte

er les données personnelles
e ces données et s'y tiennent.

faire l'objet d'un droit d'accès,
ice conformité par courrier à la
.ma

r à utiliser ses coordonnées à
tres services d'assurance. Il peut
s.

correspondance inutile, et nos

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

MOUNIR MOUKDAR

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

1323,2

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

26/12/12

Nom et prénom du malade :

MOUNIR MOUKDAR

Age 41

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Lumbalgie

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseigne-
ments sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

[Signature]

DECLARATION

CONTRAT N°

: CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

:

DATE DE CONSULTATION

:

TOTAL DES FRAIS ENGAGES :

:

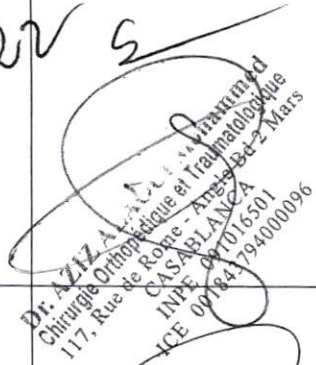
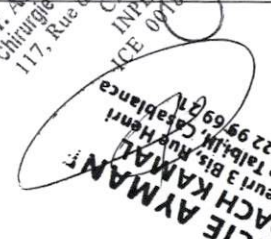
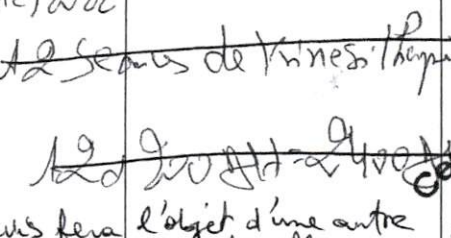
22716612



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

- E

nter pour toute réclamation.

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	26/12/22	 Dr. AZIZ AYMANE Chirurgie Orthopédique et Traumatologie 117, Rue de Roke - Anass-Bd 2 Mars C.A.S. BLANCA INPE 071016501 ICE 071841794000096	300 DH
Pharmacie	26/12/22	 PHARMACIE AYMANE AGUEDACH KAMAL Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri Murger, Résidence Talbi, Casablanca Tél: 0522 99 69 21	1023,21
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux	28/12/2022 12 séances de Kinésithérapie 120 Jours de 4000	 Centre Bir Anzarane de KINESITHERAPIE 109, Bd Bir Anzarane Etg 1 App 1 - Casablanca Tél: 05 22 99 11 69	

VOLET DÉTACHABLE

ACM .20
10 Sachets
PPC: 269.00 DH
FABIPHARM.SARL

Complément alimentaire
avec édulcorant
Food supplement with sweetener
Complemento alimenticio con edulcorante

ACM.20®

DOLICOX
Etoricoxib

Indications:
rhumatisme
DOLICOX®
durée de la
DOLICOX®
(inflammation)
Posologie
Les comprimés
enfants, ni pé
Ne pas dépasser
d'utiliser la dose
de 60mg, 90mg
Arthrose
La dose recommandée
est de 60 mg un jour sur deux, ou de 30 mg
Voie orale.
Le ou les comprimés pelliculés DOLICOX® 60
ou cours ou en dehors des repas.
Durée du traitement
Ne prenez jamais DOLICOX® 60mg, 90mg
sujets à:
Allergie (hypersensibilité) à l'etoricoxib ou
DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, compri
Allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens
Ulcère de l'estomac évoluant ou soigné
Maladie grave du foie
Maladie grave des reins
Grossesse et allaitement ou prévision d'allaitement)
Enfants et adolescents de moins de 16 ans.

269, x 3

1) ACM-20

165 x 2

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi, Casablanca
Tél: 0522 99 69 21

القسام
في الصيدلية