

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

198652

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent [e] | | | |
| Matricule : | 8828 | Société : | RAS |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné[e] | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : OTHÉPFLANZ ARAB | | | |
| Date de naissance : 17/01/1962 | | | |
| Adresse : 8 Rue E. Monseur - Résidence MAF 1000 | | | |
| APT 9 | | | |
| Tél. : | 06631141222 | Total des frais engagés : | 780,00 Dhs |

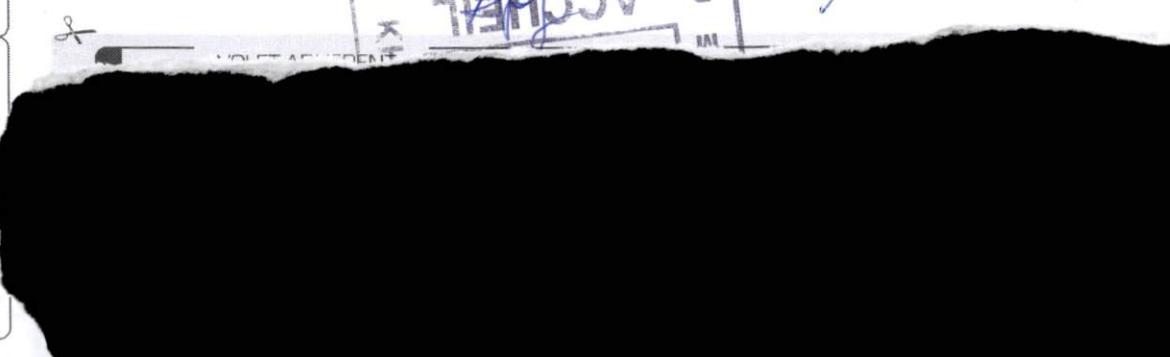
Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : |  |
| Date de consultation : | / / |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même |
| Nature de la maladie : | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC |
| Pathologie : |  |
| 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 :  Le : 12/03/2019

Signature de l'adhérent[e] : 



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

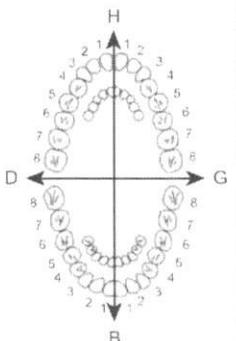
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Violet Adherent

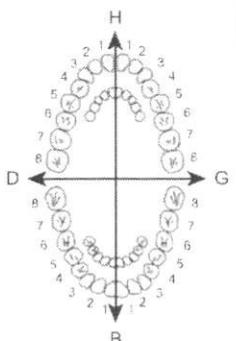
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



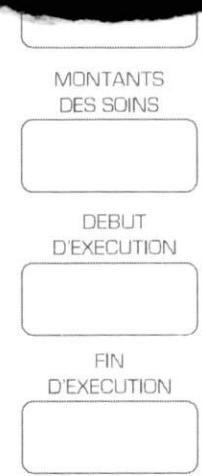
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST
INTERNATIONAL MC
NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID
BENEFICIAIRE : DIRAI ADAM
DECLARATION N° : 18919996

/ 11978 /
20

CONTRAT N° : 9165 60 / 279000

CERTIFICAT N° : 1945484 MATRICULE: 90004

DATE DE LA DECLARATION : 09/01/2024

DATE DE REMBOURSEMENT : 22/02/2024

| CODE ACTE | NATURE DES PRESTATIONS | VOUS AVEZ PAYE | REMB. ASSUREUR DE BASE | BASE DE REMB. | * COEFF. | TAUX REMB. | MONTANT DE REMB. |
|-----------|--------------------------|----------------|------------------------|---------------|----------|------------|------------------|
| 5 | Consultation specialiste | 300.00 | 0.00 | 300.00 | 0.85 | 0.85.00% | 255.00 |
| 15 | Pharmacie | 490.70 | 0.00 | 490.70 | 0.85 | 0.85.00% | 260.27 |
| TOTALS | | 790.70 | 0.00 | 790.70 | | | 515.27 |

OBSERVATIONS :

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

- خريج كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب سابق في مستشفى 20 غشت بالدار البيضاء
- تشخيص نقص السمع والطنين
- الشخير
- الدوخة وإضطرابات التوازن
- الفحص بالمنظار الداخلي
- جراحة الغدة الدرقية
- الجراحة بالمنظار

- Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin de l'hôpital 20 août à Casablanca
- Explorations de la surdité et des Acouphènes
- Ronflement
- Vertige et trouble de l'équilibre
- Explorations Endoscopies
- Chirurgie de la thyroïde
- Chirurgie endoscopique

Casablanca, le : 09/01/2024
الدار البيضاء، في :

Mr DIRAI Adam

1530

VIT C 1000 EFF

4780

1 cp , pendant 10 jours

DASEN CP

1590

AEROMAX SPRAY NASAL

80,50

2 pulvérisations X 2 / J , pendant 15 jours

APIXOL SPRAY BUCCAL

1510

1 pulvérisation X 3 / J

RELAXOL

1 cp X 3 / J

EXTRAMAG 375

1510

1 gélule le soir , pendant 1 mois

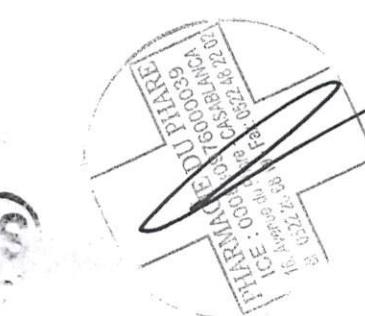
1490,70

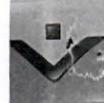
552, شارع كلمية الطارق السادس، مكتب رقم 28، هي بوركون الدار البيضاء
552, rue Goulmima 6ème étage, Bureau n° 28, Quartier Bourgogne - Casablanca, Maroc
🕒 Urgence 06 77 54 88 74 ☎ 05 22 22 80 68 ✉ drberradaomarori@gmail.com

Date de fabrication :
A consommer de préférence avant fin :
N° de lot :
PPC = 95,00 DHS

02/2023
05/2028

V002-01/21
ETEXMAC030CP





تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 00008373600004
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 : 18919996

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

Matricule Sté :

DIRAI - KHALID

Médical

Dentaire

Optique

790,70

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : DIRAI Adam Âge 22 ans

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfants

veuf

Nature de la maladie :

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

DATE DE CONSULTATION

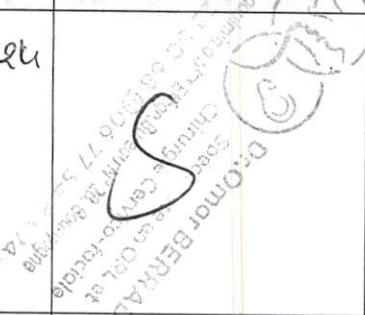
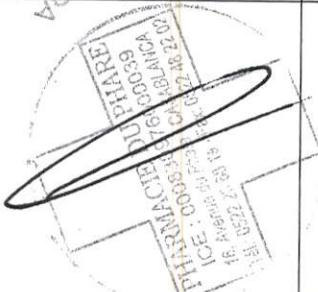
TOTAL DES FRAIS ENGAGES :

CERTIFICAT N°

18919996



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

| | Dates des actes médicaux | Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes | Montant des honoraires |
|-----------------------|--------------------------|---|------------------------|
| Médecin traitant | 09/01/2024 |  | 460,44 |
| Pharmacie | 09/01/24 |  | 490,20 |
| Analyses / Radiologie | | 092048446 | |
| Auxiliaires médicaux | | | |

X

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.