

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 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 une fois par an.

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 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

W21-845863

198652

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8828 Société : RAS

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEPPAIE ABAB

Date de naissance : 17/01/1967

Adresse : 9 Rue El Hachemi Résidence V.A. RAS

APT 9

Tél. : 0665 141222 Total des frais engagés : 710,00 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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.

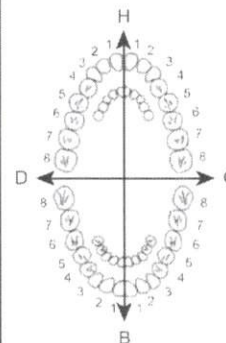
Fait à : Le : 12/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

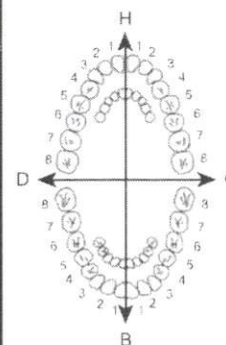
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible][illegible]

* 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 | | C |
| 00000000 | | 00000000 |
| 35533411 | | 11433553 |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profe

Montant des
Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST / 11978 /
NOM DE L'ASSURE : INTERNATIONAL MC 20
BENEFICIAIRE : DIRAI ADAM
DECLARATION N° : 18919996 /

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 spécialiste | 300.00 | 0.00 | 300.00 | 0 | 85.00% | 255.00 |
| 15 | Pharmacie | 490.70 | 0.00 | 490.70 | 0 | 85.00% | 260.27 |
| TOTAUX | | 790.70 | 0.00 | 790.70 | | | 515.27 |
| OBSERVATIONS : | | | | | | | |

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

- 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 Endoscopiques
- Chirurgie de la thyroïde
- Chirurgie endoscopique

- 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

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

Mr DIRAI Adam

1530

VIT C 1000 EFF

1 cp, pendant 10 jours

4780

DASEN CP

2 cp X 3 / J

1990

AEROMAX SPRAY NASAL

2 pulvérisations X 2 / J, pendant 15 jours

89,50

APIXOL SPRAY BUCCAL

1 pulvérisation X 3 / J

83,10

RELAXOL

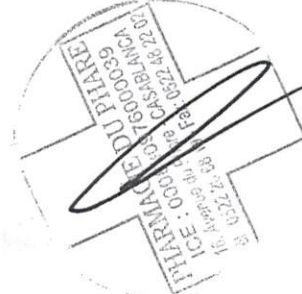
1 cp X 3 / J

EXTRAMAG 375

1 gélule le soir, pendant 1 mois

95,00

490,70



552, شارع كلميمة الطابق السادس، مكتب رقم 28، حي 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 drberradaomarorl@gmail.com





تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
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 :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Âge 22 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfants

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°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE


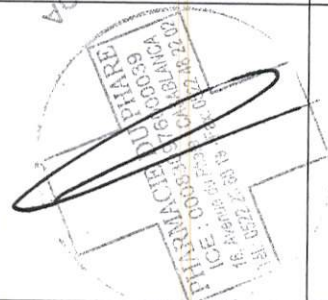
DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

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 |  | 3000,44 |
| Pharmacie | 09/01/24 |  | 490,70 |
| Analyses / Radiologie | | 092048446 | |
| Auxiliaires médicaux | | | |

Médecin
traitant

09/01/2024

cs 30074

Pharmacie

09/01/24

490, 70

Analyses /
Radiologie

092048446

Auxiliaires
médicaux

VOLET DÉTACHABLE

Prrière de remplir et de garder ce volet qui sera ncessaire à prsenter pour toute rclamation.