

# 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

W21-845865

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8828 Société : SARL

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEBBAH ABAF 198649

Date de naissance : 19/11/1986

Adresse : 8 Rue E. Houdouin

Tél : 0665 14 12 22 Total des frais engagés : 636 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 MAR 2024

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 : 12/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

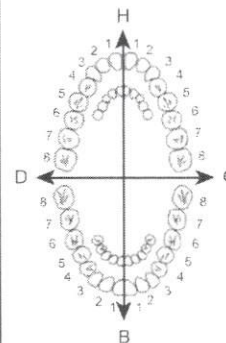
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

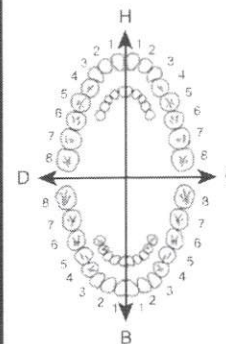
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET 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
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST / 11978 /  
INTERNATIONAL MC 20  
NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID  
BENEFICIAIRE : DIRAI ADAM  
DECLARATION N° : 18648758 /

CONTRAT N° : 9165 60 / 279000  
CERTIFICAT N° : 1945484 MATRICULE: 90004  
DATE DE LA DECLARATION : 10/01/2024  
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	200.00	0.00	200.00	0	85.00%	170.00
13	Analyses médicales	306.40	0.00	306.40	0	85.00%	260.44
15	Pharmacie	129.60	0.00	129.60	0	85.00%	26.01
TOTAUX		636.00	0.00	636.00			456.45

OBSERVATIONS :

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

**DECLARATION DE MALADIE : 18648758**

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

DIRAJ - KHALID

Type de déclaration

☒ Médical

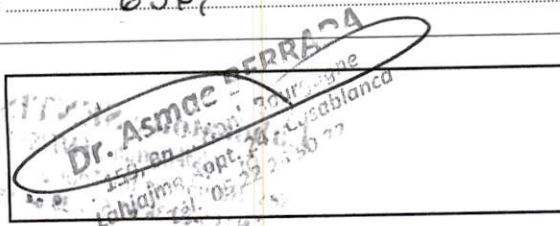
☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

636,-

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

10/01/2024

Nom et prénom du malade :

DIRAJ ADAM

Âge 22 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfants

Nature de la maladie :

Céphal + Reu

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 :

**18648758**



**تأمين الوفاء**  
**Wafa Assurance**

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	10/01/2024	 <b>Dr. ASMOC BERRADA</b> 109, Bd El Pamine - Bourgogne Lohjojma Apt. 24 - Casablanca Tél. 05 22 26 50 22	 <b>INPE 091031831</b>
Pharmacie	$\frac{10}{01}$ 2024	 <b>PHARMACIE CLINIQUE</b> <b>ABAD EL ANDALOUSSI Mohamed</b> 19, Avenue Daïss Sjaoui Lot Val d'Anfa Casablanca - Tél: 0522 39 79 41 CE: 001875041000036	129.60
Analyses / Radiologie	10.01.24	<b>Laboratoire SENTISSI</b> <b>Dr. Abdelfattah SENTISSI</b> Rés. Romandie II - Tour 2 - Casa Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 64 15	306.40 DH
Auxiliaires médicaux			



## VOLET DÉTACHABLE

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

# Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale  
Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical  
de la Faculté de Bordeaux  
Stérilité et Fertilité du Couple  
Colposcopie  
Echographie Générale  
Electrocardiogramme

## الدكتورة أسماء برادة

الطب العام  
دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو  
علاج عقم الزوجين  
فحص عنق الرحم بالمنظار  
الفحص بالصدى الصوتي  
التخطيطات القلبية

Sentissi

Casablanca, Le : 10/01/2024 : الدار البيضاء في

DIRAI ADAM

- NPS + Syg

- VS - CRR

06-05-2023

0-10 000)	5 690
-5.76)	5.77
-17.2)	16.4
-50.5)	48.0
-99.0)	83.2
-33.5)	28.4
-35.0)	34.2
-75.0)	38.5
0.0-7 700.0)	2 190.7
)	1.4
-1 100.0)	79.7
1.0)	0.9
0.0)	51.2
-45.0)	49.2
0.0-4 000.0)	2 799.5
12.0)	10.0
0-2 700.0)	569.0
(150 000-500 000)	237 000

10/01/2024  
**Laboratoire SENTISSI**  
Dr. Abdelhach SENTISSI  
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 64 15

**Dr. Asmae BERRADA**  
159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahajma - Casablanca  
Tél.: 05 22 26 50 22

159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahajma - Casablanca  
Rendez-vous: 05 22 26 50 22 / Urgence: 06 23 73 02 08 ✉ berrada.asmae65@gmail.com

Plaquettes :

267 000 /mm3

## VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure  
VS 2ème heure

2 mm  
5 mm

24-12-2020  
**Laboratoire SENTISSI**  
Dr. Abdelhach SENTISSI  
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 64 15

## BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

06-05-2023

Protéine C-réactive (ultrasensible)  
(Immunoturbidimétrie)

0.47 mg/l

(<5.00)

0.55