

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9828 Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHERKAOUI

Date de naissance : 17/01/1962

Adresse : 8 Rue E. Nouzeau

Tél. : 0661 14 12 22

Total des frais engagés : 636 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 : 05/03/2024 Le : 12/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : Abdellah

RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

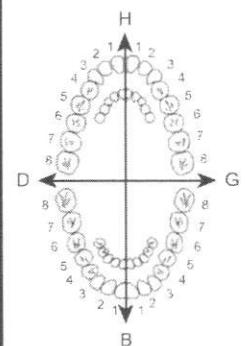
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

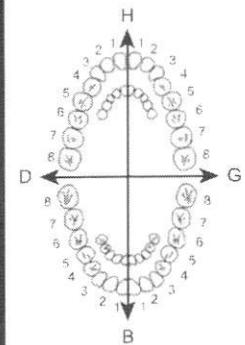
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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



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° : 18648758

/ 11978 /
20

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 specialiste	200.00	0.00	200.00	0.85	0.85.00%	170.00
13	Analyses medicales	306.40	0.00	306.40	0.85	0.85.00%	260.44
15	Pharmacie	129.60	0.00	129.60	0.85	0.85.00%	26.01
TOTALS		636.00	0.00	636.00			456.45
OBSERVATIONS :							

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

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 : 18648758

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration Médical Dentaire Optique

Total des frais engagés : 636,-

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : DIRAI ADAM Âge 22 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfants

Nature de la maladie : Céhal + Rein

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 ENGAGES :

18648758



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
10/01/2024	Dr. ASMAE BERRADA 105, av El Hank Bourgogne Lounjima Rapp. 24 - Casablanca Tél. 05 22 26 50 22	200 Dhs
Pharmacie	10/01/2024	NPE 091031831 199.60
Analyses / Radiologie	10.01.24 ABBAD F. ANDALOUSSI, Mohamed PHARMACIE CLINIQUE 19, Avenue DRISS SLAIDI Lot Val d'Anfa Rés. Romandie II Tour 2 - Casa Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 64 15	306.40 DH
Auxiliaires médicaux		

X

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 Fécondité du Couple
Colposcopie
Echographie Générale
Electrocardiogramme

Casablanca, Le : ١٥ / ٠١ / ٢٠٢٤ الدار البيضاء في :

الدكتورة أسماء براة

الطب العام

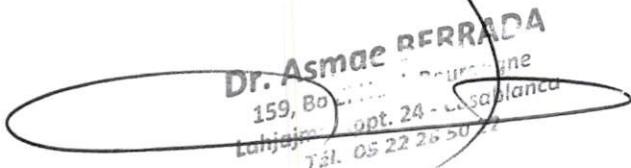
دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو
علاج عقم الزوجين
فحص عنق الرحم بالمنظار
الفحص بالصدى الصوتي
التخطيطات القلبية

Sentissi

- NPF - 84

- VS - C R R

١٥ / ٠١ / ٢٠٢٤
Laboratoire SENTISSI
Dr. Abdelfattah SENTISSI
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 64 15



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

Plaquettes :

267 000 /mm3

(150 000-500 000)

237 000

VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure
VS 2ème heure

2 mm
5 mm

24-12-2020
(<20)
Laboratoire SENTISSI
Dr. Abdelfattah SENTISSI
Rés. Romandie II - Tour 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 36 62 50 / 39 64 15

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Protéine C-réactive (ultrasensible)
(Immunoassay)

0.47 mg/l

(<5.00)

0.55

Rés Romandie 2 - Tour 2 - Apt 3 - Boulevard Bir Anzarane - Casablanca. Tél.: 05 22 36 62 50 / 05 22 39 64 15 - Patente : N° 35802477
R.C N° 200220 - C.N.S.S. : 1256503 - ID.Fiscale : 40803780 - ICE : 001578364000055

06-05-2023