

# 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.

199861

Optique  Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 8828 Société : RAR		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CHEFRAK DRAFI		
Date de naissance : 12/01/167		
Adresse : 2 Rue E. Bourguiba Residence		
Tél. : 0665141227 Total des frais engagés : 488,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-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 <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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 : .....

Signature de l'adhérent(e) :





تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUEN - 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](http://www.wafaassurance.ma)

## DECLARATION DE MALADIE : 20891805

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation : Matricole Sté :

Nom et prénom de l'assuré DIBRAI - KHAYED.

Type de déclaration  Médical  Dentaire  Optique

Total des frais engagés 48,30

Cachet du médecin :

Date de la consultation : 01 FEV. 2024

Nom et prénom du malade : DIBRAI KHAYED Âge 30 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfants

Nature de la maladie : Signature

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° .....

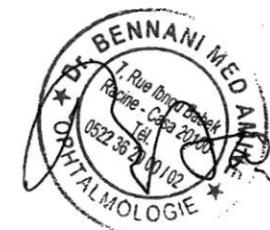
NOM DU MALADE : .....

DATE DE CONSULTATION : .....

20891805



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant 01 FEV. 2024		65,300
Pharmacie 1-2-24		188,30
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

VOLET DÉTACHABLE

# Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE  
Diplômé de l'Institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

## Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive  
( Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme )*

Casablanca, le jeudi 1 février 2024

Patient : Monsieur DIRAI Khalid

1040  
PHYLARM / matin et soir,  
26.4

TOBREX COLLYRE / 1 goutte 4 fois par jour pendant 8 jours

58,19<sup>o</sup>  
ALLERGOCOMOD / 1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours



**Décompte de Remboursement****Maladie-Maternité**

CONTRACTANTE : FIRST REST  
INTERNATIONAL MC  
NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID

/ 12133 /  
56

CONTRAT N° : 9165 60 / 279000

BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID

CERTIFICAT N° : 1945484 MATRICULE: 90004

DECLARATION N° : 90891805

/

DATE DE LA DECLARATION : 01/02/2024

DATE DE REMBOURSEMENT : 01/03/2024

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		300.00		85.00%	255.00
15	Pharmacie	188.30		188.30		85.00%	71.66
TOTALS		488.30		488.30			326.66
OBSERVATIONS :							

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