

# 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

- 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 d'Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-847511

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8898 Société : RAS

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. HERRAIS ADAR 99863

Date de naissance : 12/01/1967

Adresse : 9 rue E. Karaman Ankara

Tél. : 0665 141222 Total des frais engagés : 633,30 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

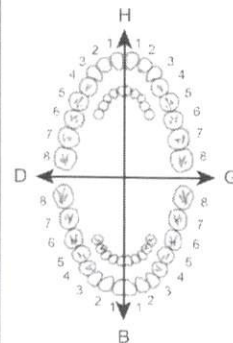
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>

[illegible][illegible][illegible]

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



A frontal view of a human skull with numbered landmarks for cephalometric analysis. The landmarks are numbered 1 through 8 on both sides of the midline. 1 is at the nasion, 2 at the subnasale, 3 at the alare curvature, 4 at the alare point, 5 at the trichion, 6 at the gonion, 7 at the gonion angle, and 8 at the gonion point. The diagram is oriented with H (Hippocampus) at the top, B (Basion) at the bottom, D (Dens) on the left, and G (Gonion) on the right.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST / 12102 /  
INTERNATIONAL MC 43  
NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID  
BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID  
DECLARATION N° : 20891804 /

CONTRAT N° : 9165 60 / 279000  
CERTIFICAT N° : 1945484 MATRICULE:90004  
DATE DE LA DECLARATION : 29/01/2024  
DATE DE REMBOURSEMENT : 29/02/2024

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	333.30	0.00	333.30	0	85.00%	244.21
TOTAUX		633.30	0.00	633.30			499.21
OBSERVATIONS :  nr apimax							

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



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 : 20891804

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

DIRAI KHALID

Type de déclaration

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

Total des frais engagés

633,30

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

29.01.2024

Nom et prénom du malade :

DIRAI Khalid Age 35 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfants

Nature de la maladie :

phlegmon + complications

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

CERTIFICAT N°

20891804



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes.	Montant des honoraires
Médecin traitant	29/11/2024	S. [Signature]	300,00
Pharmacie	29/11/24	[Signature] 	33,30
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			



**VOLET DÉTACHABLE**

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera...

## Dr. Omar Berrada

Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico-faciale



## الدكتور عمر برادة

أخصائي في أمراض وجراحة الأنف  
والأذن والحنجرة

- 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

29/01/2024

Casablanca, le : ..... في : الدار البيضاء

### Mr DIRAI Khalid

46.00

#### APIMAX SPRAY BUCCAL

1 pulvérisation X 3 / J

1413.00

#### VIT C 1000 EFF

1 cp / J, pendant 10 jours

32.00

#### CLARTEC 10 MG

1 cop le soir, pendant 15 jours

14.00

#### AEROMAX OU BUDENA SPRAY NASAL

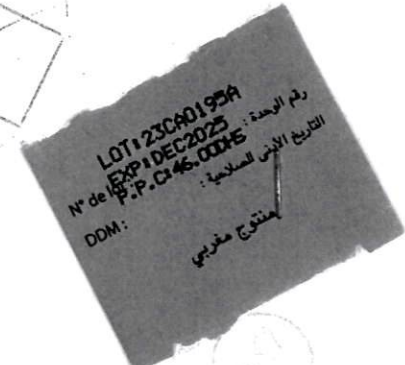
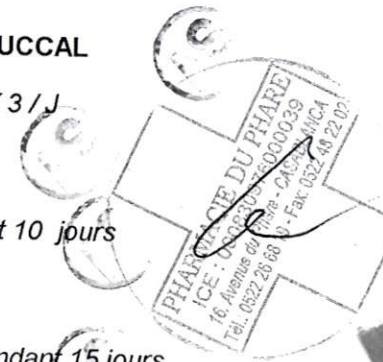
1 pulvérisation X 2 / J, pendant 15 jours

51.00

#### BIOMYLASE CP

1 cp X 3 / J

733.20



552, شارع كلميمة الطابق السادس, مكتب رقم 28, حي بوركوان 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

