

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

- Réclamation : 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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 888 Société : RAR

Motif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHERIF

Date de naissance : 19/01/1967

Adresse : Rue El Karoui

Tél. : 0665 11 12 22 Total des frais engagés : 633,30 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 : 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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	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

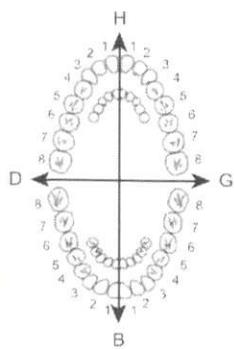
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

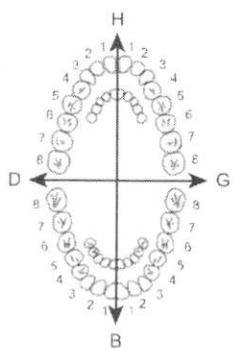
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
B	00000000	11433553
G	35533411	

[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

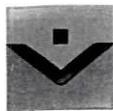
CONTRACTANTE : FIRST REST
INTERNATIONAL MC
NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID
BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID
DECLARATION N° : 20891804

/ 12102 /
43

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 specialiste	300.00	0.00	300.00	0.85	85.00%	255.00			
15	Pharmacie	333.30	0.00	333.30	0.85	85.00%	244.21			
TOTALS		633.30	0.00	633.30						
OBSERVATIONS :										
nr apimax										

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



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOULEM - 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 : 20891804

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

Matricule Sté :

DIRAI - KHALID

Médical

Dentaire

Optique

633,30

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°

20891804



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet ci-dessous :

الدكتور عمر برادة

أخصائي في أمراض وجراحة الأنف

والاذن والحنجرة

- 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

Dr. Omar Berrada

Spécialiste en ORL et Chirurgie

Cervico-faciale



- 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 Endoscopies

• Chirurgie de la thyroïde

• Chirurgie endoscopique

29/01/2024

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Mr DIRAI Khalid

46,-

APIMAX SPRAY BUCCAL

1 pulvérisation X 3 / J

14/3
VIT C 1000 EFF

1 cp / J , pendant 10 jours

32,-
CLARTEC 10 MG

1 cp le soir , pendant 15 jours

AEROMAX OU BUDENA SPRAY NASAL

1 pulvérisation X 2 / J , pendant 15 jours

51,-
BIOMYLASE CP

1 cp X 3 / J

733,20

LOT 123CA0195A
N° de lot : EXP 1 DEC 2025
P.P.C. 146.000HS
DDM :
رم العبوة :
التاريخ الذي يستعمله :
DDM :
مختبر مغربي

552، شارع كلميمية الطابق السادس، مكتب رقم 28، بني بوركون الدار البيضاء
552, rue Goulimima 6ème étage, Bureau n° 28, Quartier Bourgogne - Casablanca, Maroc

Urgence 06 77 54 88 74 05 22 22 80 68 drberradaomarol@gmail.com

