

# ACTIVER LES

## 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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## 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.

## Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Phase en charge : [peo@mupras.com](mailto:peo@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@mupras.com)

MUPRAS garantit le respect de la loi RGPD relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

MUPRAS - Centre Aléï Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aléï Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (Lg) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

12254

N° P19-0049211

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6755      Société : *reloids*

Actif       Pensionné(e)       Autre : *ADSL*

Nom & Prénom : *EL ADEL*

Date de naissance : *1/1/1980*

Adresse : *1056975810*

Tél. : *20 100 181*      Total des frais engagés : *20 100 181* Dhs

DR. NAHANE *Ada*  
Chirurgien Dentiste  
Cooperative Al Yousif  
93 Bd Oum Errabia - Dakhla  
Tel : 05 22 51 47 53

Date de consultation : *17/12/2019*

Nom et prénom du malade : *EL ADEL*      Age : *39*

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : *caso*      *orthopla*

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 : *Dakhla*

Signature de l'adhérent(e) : *EL ADEL*

Le : *18/12/19*

## VOLET ADHÉRENT

N° P19-049211

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

## ANALYSE - RADIOPHARMIES

Cachet et signature du  
Chirurgien et du Radiologue

Date

Désignation des  
CoefficientsMontant  
des Honoraires

## AUMIÉDAILLES MÉDICAUX

Cachet et signature  
du PraticienDate des  
Soins

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé  
des Honoraires

VOLET ACHERENT

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

## SOINS DENTAIRES

Dents  
TraitéesNature des  
Soins

Coefficient

3 3 ~~trecls~~ D<sub>no</sub>4 3 ~~trecls~~ D<sub>no</sub>4 2 ~~trecls~~ D<sub>no</sub>3 2 ~~trecls~~ D<sub>no</sub>

34/35

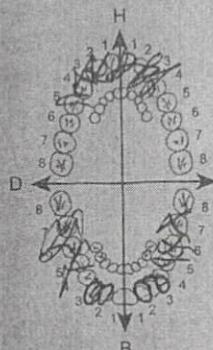
36/37

38/44

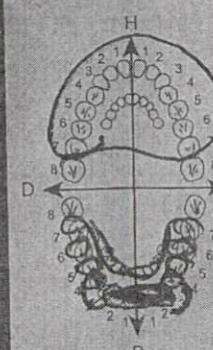
45/46

47/48

21/22

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRESDETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553



Dr. NAAMANE  
Chirurgien Dentiste  
Coopérative Al Wadie

93 Bd  
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Tél : 05 22 61 47 53

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUXD<sub>no</sub>MONTANTS  
DES SOINS2100 D<sub>h</sub>DÉBUT  
D'EXÉCUTION

[ ]

FIN  
D'EXÉCUTION

[ ]

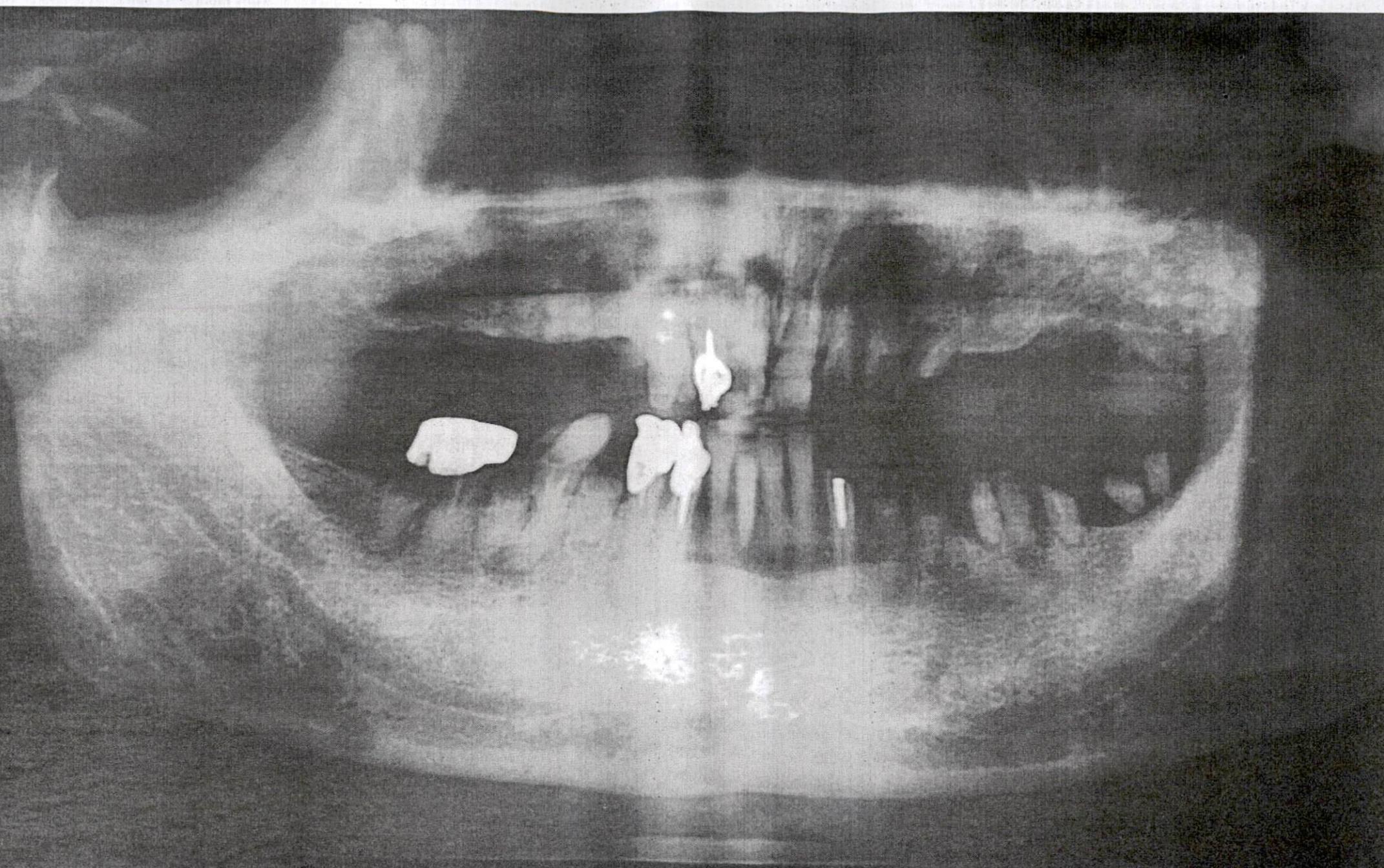
CŒFFICIENT  
DES TRAVAUXD<sub>1440</sub>MONTANTS  
DES SOINS18000 D<sub>h</sub>DATE DU  
DEVIS

[ ]

DATE DE  
L'EXÉCUTION

[ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



EL ADDIL MUSTAPHA



RETRAITE

EL ADDIL MUSTAPHA

0006755



20

20