

## 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.
- 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.

### 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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



## Déclaration de Maladie

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1268

Société : C. D. B. retraite (R. AN)

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL Koulou AB delhak

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 36 93 06

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

Nature de la maladie :

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) :

*[Signature]*



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<b>Montant des soins</b> 700,00
				<b>Début d'exécution</b> 29/07/19
				<b>Fin d'exécution</b> 29/07/19
<b>O.D.F.</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
<b>Prothèses dentaires</b>	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533412 11433553			<b>Montant des soins</b>
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>
				<b>Fin de</b>

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-397640	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-397640

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 1268
Nom & Prénom <u>El Kouhen Abdelhak</u>		
Fonction <u>C.D.B. retraité</u> Phones <u>066 136 93 06</u>		
Mail .....		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>El Kouhen Kenza</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>23</u>	Date <u>29/07/19</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Douleur dentaire</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Denture D12</u>	<u>21</u>	<u>350</u>
<u>Abdelhak 21</u>	<u>D10</u>	<u>350</u>
<b>PHARMACIE</b>	Date .....	
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date .....		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr Hind KHATIR  
 Clinique Dentaire CIL  
 47, Rue de la Liberté  
 Tél: 0521 54 33 81



Dr. Hind Khaïrouni

Docteur en chirurgie Dentaire

CES de Pédiodontie

Diplôme Universitaire de Pédiodontie (Paris V)

Ancien Assistant à l'Université de Paris V

DENTISTERIE PEDIATRIQUE EXCLUSIVE



الدكتور هند خيروني

طبيبة جراحية للأسنان

اختصاصية في علاج ووقاية أسنان الأطفال

مساعدة سابقا بكلية باريس

خريجة كلية باريس

Casablanca le : 29/07/19 في الدار البيضاء

El Kouchen Kenge

Debau trep

350

obturalem sur 21

350

Total = 700,00

dent

Clinique Dr Hind KHAÏROUNI  
Dentisterie Pédiatrique  
Clinique Dentaire CIL  
42, rue de l'atlas - CIL • Casablanca  
Site web : www.cil-dentaire.com  
05 22 94 65 74 • 06 65 94 02 80  
05 22 94 65 74 • 06 65 94 02 80