

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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation : | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge : | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut : | adhession@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 à caractère personnel.

MUPRAS



Déclaration de Maladie

N° W19-478701
Dos N° 5640. Detraix

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 1268 | | Société : c. D. B retraité (R. AN) | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | EL Kouher AB delhaik |
| Nom & Prénom : | | Date de naissance : | |
| Tél. : 0661369306 | | Total des frais engagés : Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | |
|---|---|
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | / |
| Nom et prénom du malade : | Age : |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Infant |
| 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) :



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des |
|-----------------------------------|---|--|------------------|--------------------------|-----------------|
| | | <i>Dent 21</i> | <i>Dent 21</i> | <i>D22</i> | |
| | | | | Montant des soins | 700,00 |
| | | | | Début d'exécution | 29/07/19 |
| | | | | Fin d'exécution | 29/07/19 |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | G | 21433552 |
| | D | 00000000 | 00000000 | | 35533412 |
| | D | 00000000 | 00000000 | | 11433553 |
| | | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | |
|--|----------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | 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 | | |

| | | | | |
|--|----|---|--|----------------------|
| MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc | | W18-397640 | DATE DE DEPOT/...../201... | |
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 1268 | | |
| Nom & Prénom | | <i>El Kouchen Abdellah</i> | | |
| Fonction | | C.D.B. Etudiant | Phones | 0661369306 |
| Mail | | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient <i>El Kouchen Kenza</i> | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input checked="" type="checkbox"/> A | Age 23 Date 29/07/19 |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | | |
| Douleur dentaire | | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| <i>Dent 21</i> | | <i>D22</i> | <i>350</i> | <i>350</i> |
| <i>Obtuse 21</i> | | <i>D10</i> | | |
| PHARMACIE | | Date | | |
| Montant de la facture | | | | |
| ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES | | Date : | | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date : | | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | | |
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | |

Dr. Hind Khaïrouni

Docteur en chirurgie Dentaire

CES de Pédodontie

Diplôme Universitaire de Pédodontie (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 الدار البيضاء، في:

El kouhen Kenza

Denture sup

350

obturation sur 21

350

Total = 700,00

Clinique Dr Hind KHAIROUNI
Dentisterie Pédiatrique
Clinique Dentaire CIL
42, rue de l'Atlas - Casablanca
Site web : www.clinicadentairecil.com

42, rue de l'Atlas - CIL • Casablanca - Tel: 05 22 94 65 74 - 06 65 94 02 80

Site web : www.clinicadentairecil.com