

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



# 197423

## Déclaration de Maladie

W21-844227

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Société : **RATC**

Matricule : **12760**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **SAVIA**

Nom & Prénom : **TAZI**

Date de naissance : **06/02/1976**

Adresse : **0662 2776 928**

Tél : **0662 2776 928** Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin : **Dr. Salma Mikou**  
et rue de Laby...  
Tél : 05 22 36 30 60

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04/03/2024**

Nom et prénom du malade : **Tazi Soua** Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Prothèse Dentaire**

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où le malade 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) : .....

### VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-844227

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 : .....

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéraires, ainsi que le bilan de l'ODG.

[illegible]

Casablanca, le 04/03/2024



## Devis d'honoraires

Patient : Mme TAZI SANAA (1006)

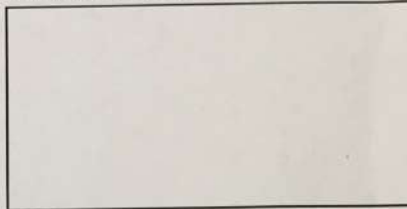
Dent	Acte	Honoraire
37	Couronne céramo-céramique (in-céram) "CCC"	4 000,00
36	Couronne céramo-céramique (in-céram) "CCC"	4 000,00
35	Couronne céramo-céramique (in-céram) "CCC"	4 000,00
TOTAL		12 000,00

Somme arrêtée à : douze mille dirhams

Dr. Salma MIKOU Dental Center



Signature du patient ou du tuteur légal



Note : Le patient (ou le tuteur légal) reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement et avoir été informé sur la procédure de maintenance.

Dr. Salma MIKOU Dental Center

Immeuble Romandie A angle Bv Bir Anzarane et rue de Libye. Numéro 21, 2ème étage. Casablanca. Tél. : 0522363060  
ICE : 003245485000056 Patente N° : 34751605 INPE : 064199896



## ORDONNANCE

04/03/24.

- Je soussigné Dr. Mikou Salma avoir consulté  
Mme Tazi Sanaa pour refaire son bridge qui comporte  
les dent suivantes 35/36 et 37. Son bridge est  
mobile ne présentent aucune stabilité en bouche et  
détérioré. Du le besoin de le refaire.

**Dr. Salma Mikou**  
Imm. Normandie A angle Bv Bir Anzarane  
et rue de Libye N° 21, 2ème Etg Casablanca  
INPE 004199896  
Tél 05 22 36 30 60