

# 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

- 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.

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



**Déclaration de Maladie**  
M23-0019433

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7278 Société : RAT  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUDGHIRI Aouf  
 Date de naissance : 04/01/69  
 Adresse : 1217 SNO JAR B. A22N  
 Tél. : 0661370030 Total des frais engagés : 3720 Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 30.08.2023  
 Nom et prénom du malade : OUDGHIRI Aouf Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection  
 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 : Casablanca 06/09/2023 Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

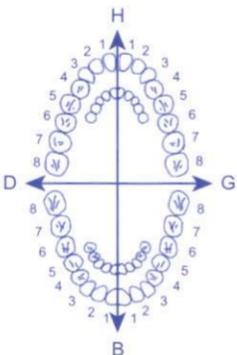
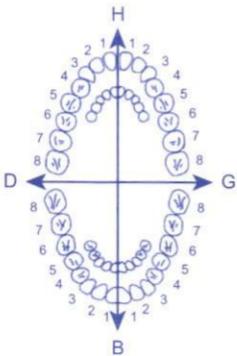
Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                     |
| 30.08.2013                     | S                 |                       | CG                              |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30.08.2013      | S                 |                       | CG                              |  |

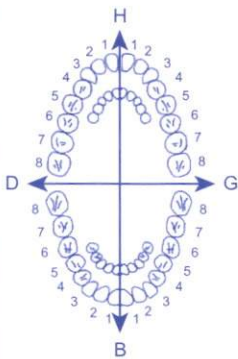
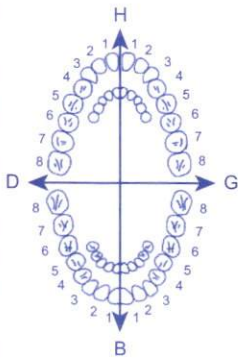
| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|  | 30/08/23 | 982,00                |

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

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES   |   |                     |             |   |
|--|---|---------------------|-------------|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                               |   |                     |             |   |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |                     |             |   |
| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |
|   |   |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |             |   |
|   | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412 21433552<br/>           00000000 00000000<br/> <hr style="width: 100%;"/>           00000000 00000000<br/>           35533411 11433553<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b> <span style="margin: 0 10px;">G</span> </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
|  |   |                     |             |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |   |                     |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |

Important :

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |  |
|---|--|---------------------|-------------|--|
|    |  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |  |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |  |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|   |  |                     |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |             |  |
|  | <div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | <div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>  |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |  |                     |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|   |  |                     |             |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : [www.occ.ma](http://www.occ.ma)  
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057