

## 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 | : 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.

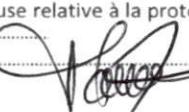
N° W19-508589

ND: 32137

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	4497	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENNANI TARIK	
Date de naissance :		13 - 01	1962
Adresse :		10 LOT BEVERLY CALIFORNIE, 20150 CASABLANCA	
Tél. :		06 61 19 80 70 Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	06/01/2020
Nom et prénom du malade :	BENNANI TARIK
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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 : CASA Signature de l'adhérent(e) :   
Le : 06/01/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Racine	Montant de la Facture
MATRUVUE 32 Rue Ibn Yalâ El Ifrani - Racine Tel: 0522 368 1433 300000 ICE: 00003 1433 300000	22/01/2014	32 80 84 00014	1700 Dh
MATRUVUE 32 Rue Ibn Yalâ El Ifrani - Racine Tel: 0522 368 1433 300000 ICE: 00003 1433 300000	22/01/2014	32 80 84 00014	1700 Dh
MATRUVUE 32 Rue Ibn Yalâ El Ifrani - Racine Tel: 0522 368 1433 300000 ICE: 00003 1433 300000	22/01/2014	32 80 84 00014	1700 Dh

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>					
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>					
	DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
	H				
	25533412	21433552			
	00000000	00000000			
	D		G		
	35533411	11433553			
	B				
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION					

# MATUVUE

Pour voir et être vu...

Casablanca, le 06/01/20

M BENNANI AIDA

**FACTURE ACQUITTEE** F2d/169

INPE :



095000618

**PRESCRIPTION : DR** Touzani Ghisl LE 06/01/20

MONTURE	Caroline. Lunette	1000 dr
VERRES	verres progressifs anti reflets anti lumiere bleue	
+0,25 (-0,25) / 8°	OD ormea 1,56 cujat prevencia	350 dr
+0,50 (-0,25) / 8°	OG ormea 1,56 cujat prevencia	350 dr
TOTAL		1700 dr

Arrêtée la présente Facture à la Somme de : mille sept cent  
dahsas

~~MATUVUE~~

32 Rue Ibn Yaala El Ifrani - Racine

Casablanca

Tel: 0522 3684 43 - 0562 1280 84

ICE: 000514333000014

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 06. 01. 2008

elle  
BENNAOUI Arda

fontue + Veines de CO  
anti-reflet

VL

OD : +0,25 & (-0,25 à 180°)

OG : +0,50 & (-0,25 à 180°)

~~MAT' VUE~~  
32 Rue Ibn Yaâla, Casablanca  
Tél: 0522 30 43 00 / 0522 12 00 84  
ICE: 0005 143 36 000014

~~Dr. TOUZANI Ghita~~  
Service d'Ophtalmologie