

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 |

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.

Nº P19- 065364

Optique ND: 28739  Autres

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2389

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN SALEM SAAD

Date de naissance : 18/02/50

Adresse : 7, Rue D aquaine Q. GAUTHIER  
CASABLANCA

Tél. : 062472689

Total des frais engagés : 1000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/05/2020

Nom et prénom du malade : BEN SALEM SAAD

Age: 21

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AMETropé

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements dans un 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.

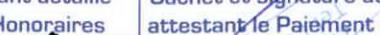
Fait à : CASA

Le : 29/05/2020

Signature de l'adhérent[e] :



## **RELEVE 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
29.5.	C <sub>2</sub>		300,00	
2020				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
UNETIES ANNAKHIL Rue 3, N°192 Essalam Derb Ghallef - Casablanca	29/05/1980					1700

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**mportant :**

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
					Coefficient des travaux												
					Montants des soins												
					Début d'exécution												
					Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins												
					Date du devis												
					Date de l'exécution												

# LUNETTES ANNAKHIL

# نظارات النخيل

N° ١٤٨٦

NOM : BENSALEM :

DATE : 09.06.2016

PRENOM : SAD :

- DOCTEUR BADAOUI ABDELLATIF

- NOMENCLATURE : N° 402 - 407 -

PRIX

OD : AXE 125 CYL -0.50 SPH -1.50

500 -

VL

OG : AXE 125 CYL -1.00 SPH -0.75

500 -

Add : { OD :  
OG :

**LUNETTES ANNAKHIL**  
Rue 3 N° 192 ESSALAM  
Derr Ghallaf : Casablanca

Verres .... optiques : 11 : Bleu

Monture ..... optique :

700 -

Facture Arrêtée à la somme de :

126.500 Cdt 15 -

1200 -

رقم 192، زنقة 3 السلام - الدار البيضاء - الباتنة : 34721616

N° 192 - Rue 3 Essalam - Casablanca

Patente : 34721616 - I.F. : 40150760 - Ice : 001845860000089

**DR BADAOUI ABDELLATIF**

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier  
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء  
وتصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا  
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le ..... 29/05/2020 ..... في البيضاء

Monsieur BENSALEM Saad

## VERRES + MONTURE

### DE LOIN

Oeil Droit : (175° -0,50) -1,50

Oeil Gauche : (175° -1,00) -0,75

LUNETTES ANNAKHIL  
Rue S. N. 192 Essalam  
Derb Ghallef - Casablanca

Dr. Badaoui Abdellatif  
OPHTALMOLOGISTE  
71, Bd Ferhat Hachad  
Casablanca  
Tél. 0522 26 61 68 - 0522 43 02 71

Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 - N° 27 rue Ferhat Hachad (perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi. Casablanca.

[www.drbadaouiabdellatif.com](http://www.drbadaouiabdellatif.com) - [www.casablancalaservision.com](http://www.casablancalaservision.com)

