

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-621024

6.8621

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BAST FATIMA

Date de naissance : 07-11-1967

Adresse : 273, Bd Mly Youssef CASABLANCA

Tél. : 0678267057

Total des frais engagés : 5700,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26-03-2021

Nom et prénom du malade : BAST FATIMA

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : RME-Tropie

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
26.03 2011	S		300,00	INF : 05.10.16927  BADAOUI Abdelattif DENTOMOLOGISTE Cachet Hachad Casa

26.03	9	300,00	INP: 09.10.16827
20.11			Indellati LISTE

INP: 09.10.16227

Dr. BADAOU Abdellatif  
OFTALMOLOGISTE  
Fahat Hachad  
68 Casa

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

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

Date \_\_\_\_\_

Montant  
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>OPTIQUE HDIDOU</b> 44, Rue Tarablous, Casa Tél: 0522 20 29 30						Shoo, -

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

	Montant détaillé
IV	des Honoraires

**OPTIQUE HDIDOU**  
14, Rue Tarablous, Casa  
Tél: 0522 20 2930

or 104/2021

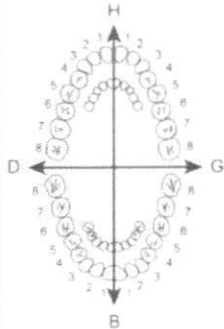
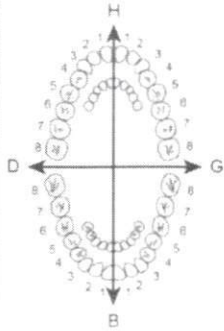
Shoo, -

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

Important :

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

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées[illegible]

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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  
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا  
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le ..... 24/03/2021 ..... في البيضاء

Madame BAST Fatima

**VERRES + MONTURE**

**PROGRESSIFS**

Oeil Droit : (95° -0,75) -1,00 , Addition + 2,25

Oeil Gauche : (90° -1,00) -1,50 , Addition + 2,25

**OPTIQUE HADIDOU**  
44 Rue Tarablous, Casa  
Tél: 0522 20 29 30

Dr. BADAOUI Abdellatif  
OPHTALMOLOGISTE  
27, rue Ferhat Hachad  
Tél. 05 22 20 51 63 - Casa



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - 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.

E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.dradaouiabdellatif.com - www.casablanicalaserrevision.com

# OPTIQUE HDIDOU

Opticienne - Optométriste  
Diplômée de l'institut supérieur d'optométrie  
et d'optique de contact de Bruxelles (I.O.R.T)

DATE: 05/04/2021

FACTURE N° 210 293

NOM: BAST FATIMA

MEDECIN: BADAOUI ABDELLATIF

	SPH	CYL	AXE	ADD
V.L.D	-1.00	-0.75	95	2.25
V.L.G	-1.50	-1.00	90	2.25
V.P.D				
V.P.G				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE MOREL 50083 M 50-18 MD09 135	1400.00
VERRES PROG INGENIA ORG 1.6 BLANC ANTIREFLET BLEU PROG INGENIA ORG 1.6 BLANC ANTIREFLET BLEU	2000.00 2000.00
Total T.T.C:	5 400.00
T.V.A	900.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:  
CINQ MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

Mode de règlement

**OPTIQUE HDIDOU**  
44, Rue Tarablous, Casa  
Tél: 0522 20 29 30