

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>9766</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Mr BA ST</b>		<b>FATIMA</b>	
Date de naissance : <b>07-11-1967</b>			
Adresse : <b>273 Bd Olyy youssef GASSABLAAGA</b>			
Tél. : <b>06 78 22 70 57</b>	Total des frais engagés : <b>5700,00</b> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>26-03-2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BA ST FATHIMA</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie : <b>AMELTR pie</b>			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



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
26.03.2011	S		300.00	INP: 051016821 BADOUR Abdellatif TALMOLOGISTE Khart-Hachad Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
OPTIQUE HDIDOU 14, Rue Tarabous, Casa Tél: 0522 20 29 30	01/04/2021				500,-

**DR BADAOUI ABDELLATIF**

الدكتور بدوي عبد اللطيف

Ophthalmologist specialist in the surgery of cataract and visual correction by laser for myopia, astigmatism, hypermetropia and presbyopia

Expert in eye surgery and cataract removal from the eye without being close or far away  
and correct vision with laser

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

Graduate of the Faculty of Medicine in Paris  
and has been attached to the hospital of the fifteen-eighty in Paris

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 HDIDOU**  
44 Rue Tarabout, Casablanca  
Tél: 0522 20 29 30

Dr BADAOUI Abdellatif  
OPHTHALMOLOGISTE  
27, Rue Ferhat Hachad  
Tél: 0522 26 61 68



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.drbadaouibdellatif.com - www.casablancalaservision.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: BADAQUI APPELLATIF**

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

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	
MOREL 50083 M 50-18 MD09 135	1400.00
VERRES	
PROG INGENIA ORG 1.6 BLANC ANTIREFLET BLEU	2000.00
PROG INGENIA ORG 1.6 BLANC ANTIREFLET BLEU	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 Tarablaus, Casa  
Tel: 0522 20 29 30~~