

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

19772

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1615** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre : **Vende**

Nom & Prénom : **HAMADOU DI 20 HABIB**

Date de naissance : **1950**

Adresse : **501 Benyessi Jnsur 2. Bloc 53 N° 21 Casa**

Tél. : **06 65 43 50 43** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr BADAOUI Abdellatif**

**OPHTALMOLOGUE**  
27, Rue Farhat Hachad - Casablanca  
tél: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71  
ophta-badaoui@gmail.com

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03/01/2014**

Nom et prénom du malade : **HABIB HABIB** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **H.T.O.**

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : **PG**



### 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
03-01	3		3.00, 00	<i>[Handwritten signatures and a large blue circular stamp with text]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signatures]</i>	20/01/24	1725,50

INPE: 09203893

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

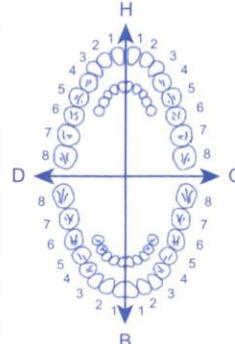
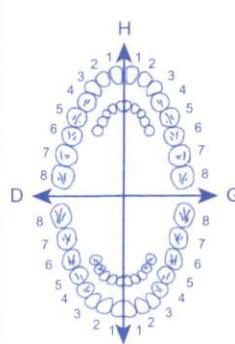
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D		B	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				MONTANTS DES SOINS
				DATE 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

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

Diplôme de la faculté de médecine de Montpellier  
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-Vingts à Paris

الدكتور بداوي عبد اللطيف

Expert in eye surgery of the white eye  
and vision correction with laser from far to near

Graduate Faculty of Medicine of Paris  
Formerly attached to the 15-Vingts Hospital  
Paris - France

Casablanca, le .....

03/01/2024

in the white eye

Madame HAMROUDI Zohra

Pharmacie IBTASSAMA  
BEN BADI Ibdessam (Pharmaciennes enne)  
Bldg 67 N°43 Mansour 3 Sidi El Ghouloussi  
Casablanca Tel: 0522 730798

- ALPHAGAN

1 drop, morning and evening, for 6 months



- GANFORT

1 drop, evening, in both eyes, for 6 months



DR. BADAOUI ABDELLATIF  
OPHTHALMOLOGISTE  
27, Rue Ferhat Hachad  
Tél. 05 22 26 61 68 Casablanca



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad  
(perpendiculaire Bd. du 1er 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.drbadaouiabdekkatif.com - www.casablancaLASERVISION.com

Lot: 118001  
FAB: 251391  
EXP: 6

GANFORTE® 0.3mg/ml + 5mg/ml, collyre en solution, flacon de 3 ml

Lo GANFORT® 0,3mg/ml-5mg/ml,  
 FA collyre en solution , flacon de 3 ml  
 EX



6 118001 251391 >

Lot : GANFORT® 0,3mg/ml+5mg/ml,  
 FAB: collyre en solution , flacon de 3 ml  
 EXP:   
 6 118001 251391

GANFORT® 0,3mg/ml+5mg/m  
collyre en solution , flacon de 3 r

Flacon de 5 ml

**Alpha<sup>gan</sup><sup>®</sup>**  
0.2%  
**Brimonidine**

#### Collyre en solution

acon de 5 ml

n°:  
P:

PPV:91DH50-11

**Flacon de 5 ml**

05

Brimonidine

**Alphagan®**

ألفاجان® ٥٢%

**ALPHACAN**  
 Collyre en solution 2% de 5 ml  
 6 11800125 384>  
**Soyez présent**  
Non contenant de parabén

Respecter les doses prescrites  
الالتزام بـ дозات المحددة

Fabriqué par les Laboratoires  
**ALLERGAN**  
Westport, Co. Mayo - Irlande  
Importé par les Laboratoires

 ALLERGAN

Fabriqué par les Laboratoires  
 ALLERGAN  
Westport, Co.Mayo, Irlande  
Importé par les Laboratoires  
الصخيرات - الدار البيضاء  
AFRIC - PHAR



Route Régionale  
Casablanca/Mohammedia n°322-  
Km 12.400 Ain Harrouda 28630  
Cesablanca- Maroc

Respecter les doses prescrites  
احترم الجرعة المحددة

Tableau A (Liste I)  
جدول األذمة (I)



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
جبل األذمة (I)  
sans avoir lu la notice

ALPHAGAN® 0.2%  
Collyre en solution, flacon de 5 ml

Flacon de 5 ml

PPV:91DH50

Collyre en solution



6 118001251384 >

 ALLERGAN

Fabriqué par les Laboratoires  
 ALLERGAN  
Westport, Co.Mayo, Irlande  
Importé par les Laboratoires  
الصخيرات - الدار البيضاء  
AFRIC - PHAR



Route Régionale  
Casablanca/Mohammedia n°322-  
Km 12.400 Ain Harrouda 28630  
Cesablanca- Maroc

Respecter les doses prescrites  
احترم الجرعة المحددة

Tableau A (Liste I)  
جدول األذمة (I)



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
جبل األذمة (I)  
sans avoir lu la notice

ALPHAGAN® 0.2%  
Collyre en solution, flacon de 5 ml

Flacon de 5 ml

PPV:91DH50

Collyre en solution



6 118001251384 >