

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

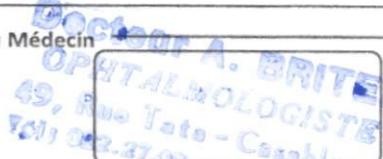
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-809945

174389

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6419	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RASS. D SAID
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661566363	Total des frais engagés :	2100. Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input 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 : 07/09/2023

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
17/08/23	012115	100/100	10000	IN 29/10/2023 DR. A. BRITEL

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LUNETTE PHARMACEUTIQUE 509, Souk El Hindi, Derb Ghafir Tél: 0524 27 09 - Casablanca	01/09/2023	1000

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
	17/08/23		50			3000

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Impression  
Veuillez joindre les

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INTELLIGIBLE
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	21433552
D	00000000
B	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# LUNETTES EL HANAA

# نظارات المها

Souk Ennajd Derb Ghallef  
N° 509  
Patente : 34717241

سوق النجد درب غلف  
الرقم 509  
الباتنت - 34717241

DATE : 06/09/2023

N° 018610

NOM :

RASSID

PRENOM :

MAHMUD

- DOCTEUR : .....

PRIX

- NOMENCLATURE : N° .....

VL	OD : AXE ..... 90 CYL +2.75 SPH ..... /	400-
	OG : AXE ..... 60 CYL +0.75 SPH ..... /	400-
VP	OD : AXE ..... CYL ..... SPH .....	
	OG : AXE ..... CYL ..... SPH .....	
Verres	Degrainage Anti-reflet Prisme	
Monture	optique	600-
Facture Arrêtée à la somme de :		
	1400	1400-

# Docteur A. BRITEL

Diplômé d'Etudes Spéciales d'Ophthalmologie  
de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé Inter-Universitaire  
de Chirurgie Refractive et Cataracte  
de l'Université de Bretagne Occidentale

Maladie & Chirurgie des Yeux  
Laser . Angiographie

49, Rue TATA ( Ex. Poincaré ) - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18

الدكتور عبد الرحمن بريطل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية  
لأمراض و جراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة  
الجلالة و قصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون  
أشعة الليزر

49، زنقة طاطا ( بوانكري سابقا ) - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 95 03

Sur Rendez - Vous

بالميعاد

Casablanca, le ..... 30.8.23 ..... الدار البيضاء في

Ravat Hassan

$$\text{O}I = (90^\circ + 0.7r)$$

$$\text{Or} = (60^\circ - 0.7r)$$

unpur Prisme

$$\text{O}I = 4 \Delta \text{ bas int}$$

$$\text{Or} = 5 \Delta \text{ bas int}$$

LUNETTES CL. ANAA  
509, Souk El Majd Derb Ghaliel  
Tél. 05 22 27 09 - Casablanca

DOCTEUR A. BRITEL  
OPHTHALMOLOGISTE  
49, Rue Tata - Casablanca  
Tél. 05 22 27 09 18 / 022 22 04 82

# Docteur A. BRITEL

Diplômé d'Etudes Spéciales d'Ophtalmologie  
de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé Inter-Universitaire  
de Chirurgie Refractive et Cataracte  
de l'Université de Bretagne Occidentale

Maladie & Chirurgie des Yeux  
Laser . Angiographie

49, Rue TATA ( Ex. Poincaré ) - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18

Sur Rendez - Vous

الدكتور عبد الرحمن بريطل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية  
لأمراض و جراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة  
الجلالة و قصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون  
أشعة الليزر

49، زنقة طاطا ( بوانكري سابقا ) - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 95 03

بالميعاد

17- 8- 23 ..... الدار البيضاء في .....  
Casablanca, le .....

Rasoir Moust

Bila VB.

as batreve st. | 09 = 90°  
| n = 60°

merci & bonnes

Docteur A. BRITEL  
OPHTHALMOLOGISTE  
49, Rue Tata - Casablanca  
Tél: 0522.27.09.18/022.22.04.8

Cabinet d'Orthoptie - Physiologie  
HIDA Vision - Optique - Laser  
41, Bd. Zerkou - Casablanca  
GSM: 06 61 59 20 77 - Tel: 25 22 22 09 18

**HIDA SIHAM**  
**Cabinet d'Orthoptie-d'Electrophysiologie**

Facture pour : N°6437  
INPE:N°065048118

Casablanca le 17-08-2023

L'enfant RASSID MAHMOUD

Désignation	Montant
Bilan orthoptique	300,00DH
Arrêté la présente à la somme de :	
Trois cent dirhams	300,00DH

Cabinet d'Orthoptie-d'Electrophysiologie  
HIDA SIHAM  
41 Bd Zerkouni Casablanca  
Téléphone : 0522 22 91 10

41 Bd Zerkouni-Res lissikrar 4ème étage (à côté Marché des Fleurs)-Casablanca  
Tel : 0522 22 91 10-E-mail :hidasiham9@gmail.com  
Patente :N°34100946-IF :N° 41700946-ICE001923820000069

**HIDA SIHAM  
ORTHOPTISTE  
41, Boulevard zerkouni  
(Res lisstikrar)  
Tel : 0522 22 91 10 :**

Casablanca, le 17-08-2023

**Chère Docteur,**

Je vous remercie de m'avoir adressé, **L'enfant RASSID MAHMOUD**, âgé de 4 ans

Je note ce jour les éléments suivants :

Antécédents personnels : XT OG.

Antécédents familiaux : RAS

Correction optique portée : Oui.

Traitements antérieurs : CO.

Correction optique : OD= +0.75 à 90° OG= +0.75 à 60°

Acuité visuelle :

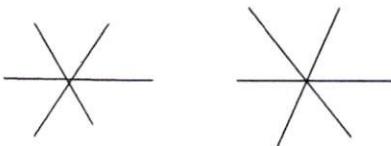
**Doit apprendre les dessins.**

Examen sous écran

SC:      |  
              XXT25-30  
              X'XT14

**PPC : 9-10cm ( OD lâche).**

A l'étude de la motilité :



Léger Syndrome V      |  
                                XT50  
                                X'20

abinet d'Orthoptie - d'Electrophysiologie  
HIDA SIHAM F.P. Dekkak  
41, Bd. Zerkouni - CASABLANCA  
Tél. : 0522 22 91 10

## **CONCLUSION :**

Donc au total, Une exophorie tropie en vision de loin et de près sans correction.

**Sur le plan sensoriel** : Non coopérant.

**Sur le plan visuel** : Non coopérant.

**Je propose avec votre accord des prismes : OD = 4 dioptries base interne OG= 5 dioptries base interne, incorporé à la correction optique.**

**En vous remerciant de votre confiance,**

Cabinet d'Orthoptie - d'Electrophysiologie  
IIIPA Siliana Fz. Dekkak  
41, Bd Zerktou i - CASABLANCA  
Casablanca 05 51 59 28 77 - Tel 35 22 22 91 10