

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0045482

MD = 19672

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03666 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TABICH ABDERRAHIM  
 Date de naissance : 11/10/1971  
 Adresse : 61T OULFA EXTENSION ETG 2  
 Tél. : 05 22 72 24 01 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 03/01/2020  
 Nom et prénom du malade : TABICH ABDERRAHIM Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection oculaire  
 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 : CAJA

Le : 06/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 3.1.20          | QPHS              |                       | 3001,00                         |  |
|                 |                   |                       | DH                              |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
|  | 27/1/2020 | 427,10                |
|  | 27/1/2020 | 277,10                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

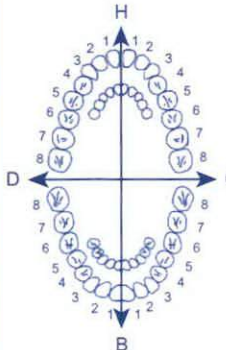
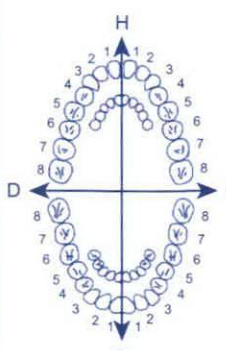
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| 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  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                     | H                  |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|  | H  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 25533412   | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | D  | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 35533411   | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | B  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>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

## 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 بريتيل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية  
لأمراض وجراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة  
الجلالة و قصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون  
أشعة الليزر

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

بالميعاد

Casablanca, le 7/1/20 ..... في الدار البيضاء

*Takouh Moutouh*

*le plus au patient  
personne*



DEXAFREE 1 mg/ml

Calyre 0.4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

*DEXAFREE* 

*77,10*

*1 gtt 2xj 2 R*

*6 ml*

Dr. A. BRITEL  
Pharmacien en Pharmacie  
55, Av. Abdel Sebou - El Oufra  
Tél / Fax : 05 22 90 53 45  
CASA BLANCA  
ICC: 02247470000057

Docteur A. BRITEL  
OPHTALMOLOGISTE  
49, Rue Tata - Casablanca  
Tél: 05.22.27.09.18 / 05.22.22.04.82



# 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 بريتيل

طبيب فرنسي  
بأمراض العيون

أخصائي جراحة  
العين

بأمراض العيون

ليزر

سابقا - الدار البيضاء

05 22 27 09 18 / 05 22 22 04

يعاد

152,50 152,50

Casablanca, le 8.1.20 الدار البيضاء في

Tabac Andrei

152,50

VALEX

14 2xj

cellmi

17 3 2j

gly kee luto

17 3 2j

DOCTEUR A. BRITEL  
OPHTALMOLOGISTE  
49, Rue Tata - Casablanca  
Tél: 022.27.09.10 / 022.22.04.82

83,60 1/  
152,50 x 2

PHARMACIE AL OUAHD  
S. CHALAK Haj Nassar  
Pharmacie en Pharmacie  
15, Rue Quid Sebou - El Quia  
Tél/Fax: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82  
CASA BLANCA

18,50

402,10

PHARMACIE AL OUAHD  
S. CHALAK Haj Nassar  
Pharmacie en Pharmacie  
15, Rue Quid Sebou - El Quia  
Tél/Fax: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82  
CASA BLANCA