

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7830

Société : 144898

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Lyamani KHALID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661148914

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Doktor A. BRITEL**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
**49, Rue Tata - Casablanca**  
**Tel: 022.27.09.18/022.22.04.80**

Date de consultation :

23/12/2022

Nom et prénom du malade :

LYAMANI KENZA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

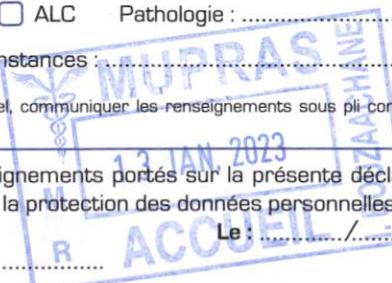
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



## 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
23.12.22	QPHL +V3M		400,00 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
NOTR Angle Bd. 2 Mars El Kods - M'da Imm. Al Mald - Ain Chock - CASP Tel: 05 22 52 59 88	3/11/83		ment vent			1600 DH

## 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 <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			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  B & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

# 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

بالسعادة

23-12-22  
Casablanca, le..... الدار البيضاء في.....

Leyman leuze

$$OD = (0' - 05) + 1$$

$$OU = (0' - 05) + 1.25$$

NOTR, OPTIC  
Angle Bd. 2 Mars et Bd.  
El Kods - Maroc N°5  
Imm. Al Maad - Ain Clock  
Tél.: 05 22 52 59 88

Docteur A. BRITEL  
OPHTHALMOLOGISTE  
49, Rue Tata - Casablanca  
Tél: 05 22 27 95 03 / 05 22 27 09 18

Concord 1/2 1/2

1

Angle Bd. 2 Mars et Bd El Kods  
Imm - Mag n°5 - Aïn Chok  
Casablanca - Tél. : 022 52 59 88

N° Identification : 02202896  
Patente : 34062115  
R.C. : 127047

ICE 000037335000076

Nom et Prénom : LYAMANI KENZA

Date : 31/12/23

Vision de Loin	Vision de Près
OD : Sph +1.00 Cyl -0.50 -0.50	OD : Sph _____ Cyl _____
OG : Sph -1.95 Cyl -0.50 -0.50	OG : Sph _____ Cyl _____

Double Foyer

OD : Sph \_\_\_\_\_ Cyl : \_\_\_\_\_ ADD : \_\_\_\_\_

OG : Sph \_\_\_\_\_ Cyl : \_\_\_\_\_ ADD : \_\_\_\_\_

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : optique	120c-DH
	Verre : verre en verre anti-reflets	40c-DH

Montant en lettres : mille six cent  
dirhams

Total 160c-DH

NOCR'OPTIC  
Angle Bd. 2 Mars et Bd.  
El Kods - Mag. N°5  
Imm. Al Maad - Aïn Chok - CASA  
Tél : 05 22 52 59 88

## Docteur A. BRITEL

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

Diplôme Inter-Universitaire  
de Chirurgie Refractive et Cataracte

Maladie & Chirurgie des Yeux  
Laser . Angiographie

49, Rue TATA (Ex Poincaré) Casablanca  
Tél. : 27.95.03 / 22.04.82 / 27.09.18

الدكتور عبد الرحمن بريطل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية  
لأمراض وجراحة العين

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة  
(الجلالة وقصر البصر)

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون  
أشعة الليزر

49، زنقة طاطا (بوانكري سابقا) الدار البيضاء  
الهاتف : 27.09.18 - 22.04.82 - 27.95.03

REÇU

REÇU de M. LYAMANI KENZA  
la somme de 400,00DH

Pour OPHL

le 23.12.22

SIGNATURE

DOCTEUR A. BRITEL  
OPHTHALMOLOGISTE  
49, Rue Tata Casablanca  
Tél: 022.27.09.18/022.22.04.82