

# 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 dehors.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

1633 Déclaration de Maladie

N° W21-764463  
134060

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 1633			
Société : R.A.M			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre	
Nom & Prénom : KANDRI RODY Abdellmalek			
Date de naissance : 01/07/1950			
Adresse : ERRAIMA VILLAS DES PRES N° 100 DAN BOUAZZA			
Tél. : 06 74 02 01 13 Total des frais engagés : 288,80 Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Dr Randa Mikou Chirurgien Ophtalmologe Casablanca S.C.  
16 Avenue Sidi Abdellah 47 15 94  
Tel. : (+212) 052 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniqueestendida.com

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2022

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : KANDRI RODY Abdellmalek

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident ordinaire

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 : CASA

Le : 04/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



J633

## 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
04/10/2022	G Canalise			Dr. R. Mikou Chirurgien Optomologiste 18 Avenue Stendhal Casablanca 52120 Tel: +212 0522 27 15 94 Email: r.mikou@cliniquestendhal.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES PRES Parc Errahma 15. 14000 Tel: 05 22 89 75 67	04-10-22	288,80

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

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

Dr. Reda MIKOU  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

1633 CLINIQUE STENDHAL

Ancien interne des hôpitaux de France  
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris  
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology  
Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon  
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII

الدكتور رضي ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT220831171212

04 octobre 2022

Mr KANDRI RODY Abdelmalek

## Traitements de l'oeil opéré

### 1/ PHYLARM / Compresses Steriles

1 lavage x 2/j pendant 2 semaines

28/6/2022

### 2/ CHIBROCADRON COLLYRE

1 goutte x 4/j pendant 1 semaines ; puis X3/j, 1 semaine  
semaine puis x1/j 1 semaine

25/10/0

### 3/ MYDRATICUM COLLYRE

1 goutte x 2/j pendant 1 semaine

54/4/0

### 4/ TOBRADEX POMMADE

1 fois /j soir pendant 1 semaine

25/10/0

### 5/ PANSEMENT OCULAIRE

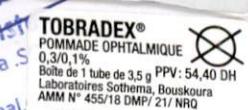
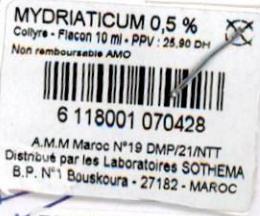
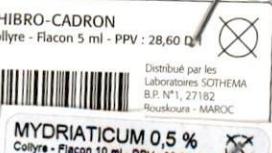
A changer chaque matin

12/6/30

### 6/ AUGUMENTIN 1G

1 CP X 2/j Pendant 5jors

288,80



PPU: 126,30 DH  
LOT: 649453  
PER: 02/24

PHARMACIE DES PRES  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél: (+212) 05 22 47 15 94 - Fax: (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail: ophtalmologie@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com