

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-780145

15/02/2023

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	1633	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KANDRI Rody Abdelmalek		
Date de naissance : 01/02/1950		
Adresse : Errahma Villas des Pres N°180		
Tél. :	06 71 02 01 13	Total des frais engagés : 1552,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr Reda MIKOU Chirurgien Orthopédiste 18, Avenue Sidi Khalil Casablanca 20 Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	13/02/2023
Nom et prénom du malade :	KANDRI Rody Abdelmalek
Age :	70
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : CASA Le : 13/02/2023
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
13/02/23	ce	300 dh	0911683316	MIKOH

~~13/01/23 (s) gratuite~~

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DRI Bouezza - Casablanca AZEMOUR RES. TERRASSES MARINES Pharmacie LES TERRASSES MARINES SRL	15/11/23	15445
DRI Bouezza - Casablanca AZEMOUR RES. TERRASSES MARINES Pharmacie LES TERRASSES MARINES SRL	13/02/23	10582

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

FAIT

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 : <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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>25533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td>G</td></tr> </table> <p align="center">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	25533411	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
25533411	11433553																	
B	G																	
				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

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 Vitreo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII



PT220831171212

13 février 2023

Mr KANDRI RODY Abdelmalek

$$110,70 \times 4 = 442,80$$

XOLAMOL 20 / 5 MG / MG COLLYRE

$$91,50 \times 5 = 457,50$$

ALPHAGAN 0.2 % COLLYRE

1 goutte x 2 / jour , dans les deux yeux, pendant 6 Mois

$$54,10 \times 3 = 162,30$$

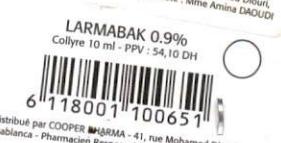
Larmabak COLLYRE

1 goutte x 4 / jour , dans les deux yeux, pendant 6 Mois

35,00
TOBRADEX collyre clair
 Dar Boudza - Casablanca
 Route AZEMOUR DES TERRASSES MARINES SRL AU

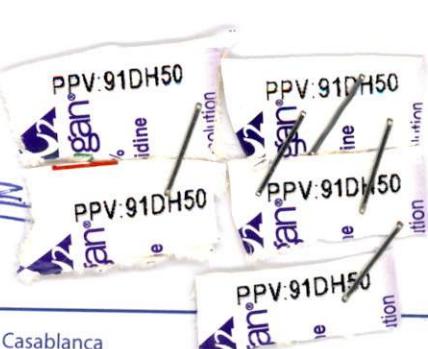
1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

1 goutte / jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois



109,80
 Dar Boudza - Casablanca
 Route AZEMOUR DES TERRASSES MARINES SRL AU
 Pharmacie LES TERRASSES MARINES SRL AU
 Dr Reda MIKOU

18, Avenue Stendhal - Casablanca S2
 Tél. : (+212) 0522 47 15 94
 E-mail : r.mikou@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

Dr. Reda MIKOU

Ophtalmologiste

Chirurgie Vitreo-Rétinienne



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 Vitreo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII



PT220831171212

13 janvier 2023

Mr KANDRI RODY Abdelmalek

Shih

TOBRADEX : PDE PO

TOBRADEX®

POMMADÉ OPHTALMIQUE

0,3/0,1%

Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH

Laboratoires Sothema, Bourkoura

AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



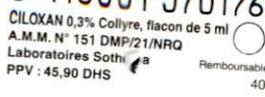
1 application 2 fois/jour matin et soir, dans les deux yeux, pendant 5 jours

45,90

CILOXAN COLLYRE CL



1 goutte x 4 /j , dans les deux yeux, pendant 7 jol



CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO
406434

54112

LARMABAK COLLYRE



1 goutte 3 fois/jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois



LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,

Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAJUDI

T = 154143

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca - SC
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@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

الدكتور رضى ميكو
طب العيون
اختصاصي في جراحة الشبكية

Exp: 09 23

P.P.V :110 DH 70

Exp: 02 24

P.P.V :110 DH 70



Exp: 02 24

P.P.V :110 DH 70

Exp: 02 24

P.P.V :110 DH 70

