

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

188060

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1300 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BI AZ NAJIB

Date de naissance : 15-11-1949

Adresse : B<sup>2</sup> MEKKAT Louxor FLORIDA - Lot 5 - Californie Cesq

e-mail = nbiaz@hotmail.com

Tél. : 06 61 14 86 51 Total des frais engagés : 427,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/12/23

Nom et prénom du malade : BI AZ NAJIB Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE

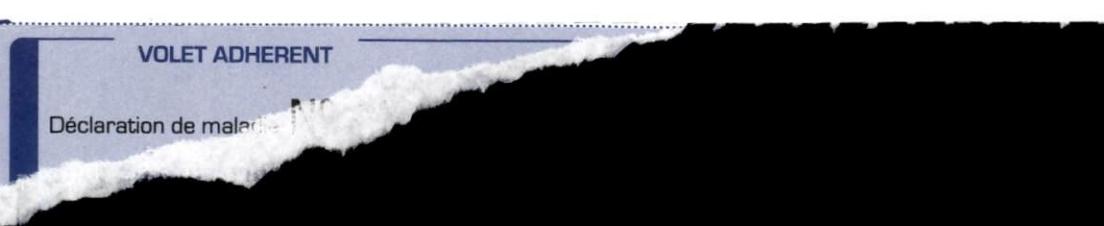
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 25/12/2023

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
18/10/23 S			gratuit	 Dr Reda MIKOU Chirurgien Ophtalmologiste Avenue Stendhal - Casablanca SC (+212) 0522 47 15 94 clinique@cliniquestendhal.com

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES<sup>m</sup>**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/2023	427,80 Dhs

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

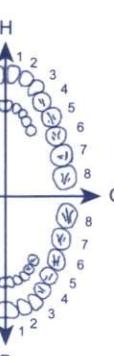
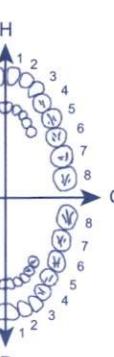
furniture de tous

## 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r}  H \\  25533411 \quad   \quad 21433552 \\  00000000 \quad   \quad 00000000 \\  \hline  D \quad   \quad 00000000 \quad   \quad 00000000 \\  \hline  \quad   \quad 35533411 \quad   \quad 11433553 \\  B  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

**Dr. Reda MIKOU**  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitreo-Rétinienne

**CLINIQUE STENDHAL**

الدكتور رضى ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية

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



PT230815082335

18 décembre 2023

**Mr BIAZ NAJIB**

**ALPHAGAN 0.2 % collyre**

1 goutte x 2/j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**XOLA 2 % collyre**

1 goutte x2/jour, dans l'œil droit, pendant 3 Mois

**DUOTRAV: collyre cl**

192,10x2

1 goutte 1 fois par jour , le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**DIAMOX 25 mg 24 cp co**

19,00

1/2 comprimé 3 fois par jour, pendant 15 jours

**POTASSIUM sirop**

24,60

1 CAC x 2/J, pendant 15 jours

427,80

PHARMACEUTIQUE  
276 Route de la Mésange California Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 55 25 33 / (+212) 05 22 47 15 94

Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

PPV 24DH60

EXP 06/2026  
LOT 34029 2

POTASSIUM  
LAPROPHAN®

Sirop 125 ml

19,00



6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
SotHEMA Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
SotHEMA Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA