

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## onditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

UPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4254 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FATHI. Abdellah

Date de naissance : 03-09-1952

Adresse : OULEFA Rue 64 n° 67 R.d Oued Seba

Tél. : 0522206889 Total des frais engagés : 110.130 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/08/2021

Nom et prénom du malade : FATHI chadra Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

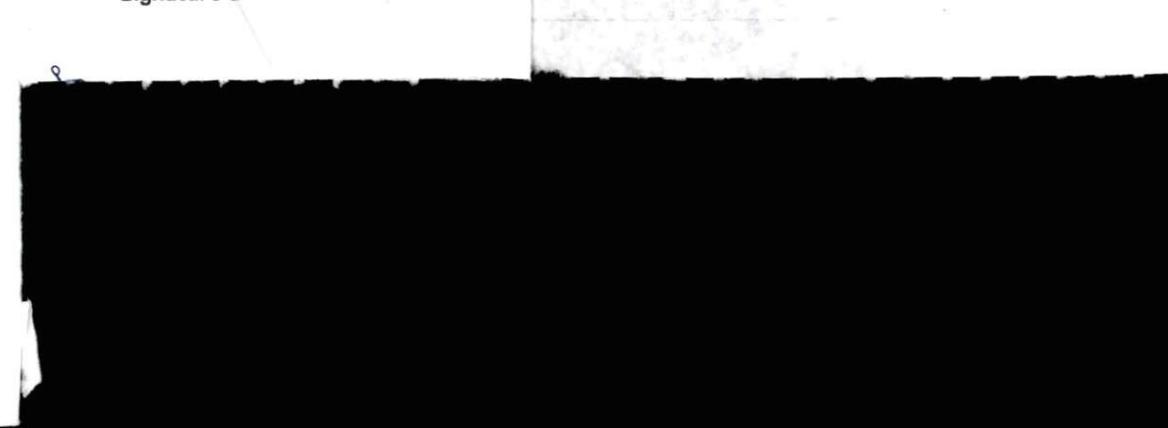
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de "



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE SALAH EDDINE Mme HASSOUNI Selma Propriétaire en Pharmacie 50 Bd Ruffi 75009 Paris 01 55 22 90 50</p>	21/8/21	11.51,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan des

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Reda MIKOU

Ophthalmologiste

Chirurgie Vitreo-Rétinienne



CLINIQUE STENDHAL

Ancien interne des hôpitaux de France

Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris

Titulaire de  
Diplôme d'  
Diplôme d'imagerie et



PT200123130421

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml

Collyre en solution , 2,5 ml

Boîte de 1 flacon

Sothema Bouskoura

AMM N° 591/18 DMP /21/NRQ

PPV 192.10 DH



6 118001 071340

02 août

Mme FATHI Chadia

192,10 X3

DUOTRAV: COLLYRE CL

1 goutte 1 fois par jour , le soir pendant 6 Mois

125,00  
AZOPT : collyre CL

X3 1 goutte 2 fois par jour. {

HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

PHARMACIE SALAH  
Mme HASSOU  
Docteur en Physique  
56, Bd Oued Sfax  
Casablanca Tel

180,00

180,130

Dr. Reda Mikou  
Chirurgie Vitreo-Rétinienne  
E-mail: ophtalmologie@cliniquestendhal.com

الدكتور رضى ميكو

طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية

paris VII

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml

Collyre en solution , 2,5 ml

Boîte de 1 flacon

Sothema Bouskoura

AMM N° 591/18 DMP /21/NRQ

PPV 192.10 DH



6 118001 071340

Boîte de 1 flacon

Sothema Bouskoura

AMM N° 591/18 DMP /21/NRQ

PPV 192.10 DH



6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura

AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

Boîte de 1 flacon

PPV : 125,00 DHS

AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446373 MA



6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura

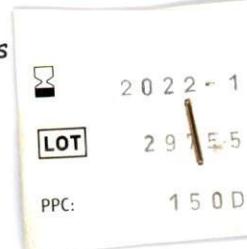
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

Boîte de 1 flacon

PPV : 125,00 DHS

AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446373 MA



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