

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.

N° W21-680830

103428

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7094	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom : AMELLAH JILALI			
Date de naissance : 11/11/1964			
Adresse : 238 Lot. leimoun CASA			
Tél. : 066133 9850	Total des frais engagés : 5430,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :	26/01/2022	Age :	58 ans
Nom et prénom du malade : AMELLAH JILALI			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Appeler son			
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 : 11/12/2022

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
26/01/2022	C S		300,00	Dr Stendhal - Clinique Stendhal - Casablanca 18, Avenue Stendhal - Casablanca - Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : cmikou@cliniquestendhal.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CITE PLATEAU	26/01/2022	150,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

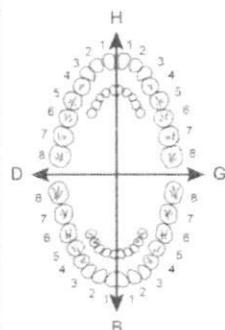
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE STENDHAL - 18, Avenue Stendhal - Casablanca - Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - Fax : 0522 88 00 24	27/01/2022	Angiographie	10000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIQUE CLINIQUE QUAZZANI	03/02/2022					3980,00

VOLET ADHERENT

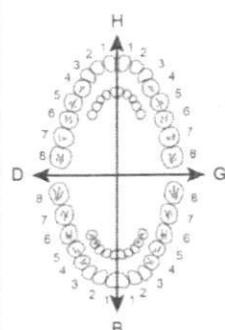
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEBUT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



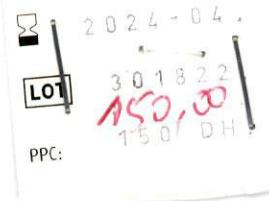
PT200127100859

26 janvier 2022

Mr. AMELLAH Jilali

150,-⁰⁰

HYLOCOMOD: COLLYRE



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

150,-⁰⁰



Dr Reda MILKOU
Chirurgien Oculiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél: (+212) 0522 47 15 94
E-mail : Reda.Milkou@cliniquestendhal.com

Compte rendu Angiographie rétinienne

Mr. AMELLAH Jilali
58 ans

● OD :

- **Rétinographie couleur :** Vaisseaux de calibre et de taille normale. Absence de signes visibles de RD. Macula et papille normales.
- **Séquence angiographique :** ZAC conservée. Rétine périphérique bien perfusée. Absence de diffusion papillaire.

● OG :

- **Rétinographie couleur :** Vaisseaux de calibre et de taille normal. Absence de signes visibles de RD. Macula et papille normales.
- **Séquence angiographique :** ZAC conservée. Rétine périphérique bien perfusée. Absence de diffusion papillaire.

DR MIKOU REDA





PT200127100859

26 janvier 2022

Mr. AMELLAH Jilali

ANGIOGRAPHIE A LA FLUORESCEINE

Dr Rada MIKOU
Chirurgien Ophtalmologue
18, Avenue Stendhal - Casablanca 20
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com



PT200127100859

26 janvier 2022

Mr. AMELLAH Jilali

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = +2.00 (-0.75 à 63)

OG = +2.25 (-0.25 à 119)

VP : ODG = Add : +2.25

ESPACE VISION
Loubsa EL OUAZZANI
Opticienne Optométriste
Centre Commercial Nadia Imm III
N° 6 Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél. : (+212) 05 22 99 04 77 - IF 42205890
CNSS : 2002531 - 102 - 331765358000026

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



Espace Vision

Loubna El Quazzani
Opticienne Optométriste
Diplômée de L'IORT

N° 6 Centre commercial Nadia
Route El Jadida - Casablanca 01
Tél.: 05 22 99 04 77

Nº 004480

Casablanca, le 03.02.2022

M. me AMELLAH

jilali

R.C.: 253034 - Patente: 34733014 - CNSS: 2582337
I.F.: 42205890 - I.C.E.: 001769358000028- Inpe: 095001426

Ordonnance de Mr. le Docteur : Tikou Reda

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	O. D. = $(63 - 0.75) + 2.00$ loin O. G. = $(119 - 0.25) + 2.25$
O. D. = D. F. O. G. =	O. D. = + 2.25 <i>près</i> O. G. = + 2.25
FOURNITURES:	

Montures: 1

Verres: 2 Verres progressifs Organiques
minus 1.6 Anti réflets bleu
Précals.

TOTAL

780,00

1600,00

1600,00

3980,00

La présente facture arrêtée à la somme DH

Trois mille neuf cent quatre vingt
dh

~~Espace Vision
Loubna El QUAZZANI
Opticienne Optométriste
N° 6 Bd Brahmi Roudani - Casablanca
Tél. : 05 22 99 04 77 - I.C.E. : 001769358000028- Inpe : 095001426~~

F A C T U R E

 N° **560** / 2022 du **27/01/2022**

Nom patient	AMELLAH JILALI	Entrée 27/01/2022	Sortie 27/01/2022
Prise en charge	PAYANT		

ANGIOGRAPHIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ANGIOGRAPHIE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total général	1 000,00
MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00


 18, Avenue Stendhal, SC
 Casablanca
 Tél : 0522.47.15.94 - Fax : 0522.99.34.51

