

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.



Déclaration de Maladie
N° M20- 0008583

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0404 Société : 139733
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NORREDINE Said
 Date de naissance : 01-01-1964
 Adresse : 3 rue Abou Abbas EL Magri
 Franceville Casablanca
 Tél. 0623132848 Total des frais engagés : 1854,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 23/11/2022
 Nom et prénom du malade : NORREDINE Said 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

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
23/11/22	S		300 DH	Dr Reda MIKOU Chirurgien Ophthalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca, SC Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ANDALOUSIA CASABLANCA 126, Rue Dom Benyon Frangeville 2 Casablanca	23/11/2022	554,6

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE STENDHAL SC 18, Avenue Stendhal - Casablanca Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51	23/11/22	OCT	1000 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

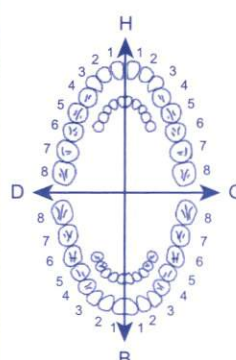
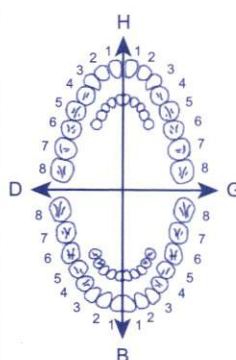
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



PT221003103420

23 novembre 2022

Mr NORREDINE Said

13.00
DIAMOX 250 MG COMPRIME SECABLE

1/2 cp 3 fois / j, pendant 15 jours

24.60
POTASSIUM SIROP

1 CAC x 2/J, pendant 15 jours

125.00 x 3 = 375.00

AZOPT : collyre CL

1 goutte 2 fois par jour. 8h et 20h, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

68 x 2 = 136.00

DICLOCED COLLYRE

une goutte x 3 par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA
CASABLANCA
126, Rue Dom Parguon Panceville 2
Casablanca

T = 554.6.

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

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

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

DICLOCED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH

6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

DICLOCED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH

6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

**POTASSIUM
LAPROPHAN®**
Sirop 125 ml

19,00



Dr. Reda MIKOU
Ophthalmologiste
Chirurgie Vitéo-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 Vitéo-Rétinienne - Dijon
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII



PT221003103420

23 novembre 2022

Mr NORREDINE Said

OCT

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

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, SC
Casablanca
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

090063488



FACTURE

N° 9 568 / 2022 du 23/11/2022

Nom patient	NORREDINE SAID	Entrée 23/11/2022	Sortie 23/11/2022
Prise en charge	PAYANT		

OCT

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

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

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

CLINIQUE STENDHAL

18, Avenue Stendhal, SC
Casablanca

Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

Code INPE



Dr. Reda MIKOU

Ophtalmologiste

Chirurgie Vitéo-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 Vitéo-Rétinienne - Dijon

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

الدكتور رضى ميكو

طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية

23/11/2022

OCT Maculaire

Mr Said NORREDINE

- Œil droit

- Profil fovéolaire non conservé
- Présence de logettes temporales
- Mapping maculaire hors limites normales : ECM = 305µm

- Œil gauche

- Présence de MER
- Présence de logettes cystoïdes
- Présence de décollement serreux rétinien
- Mapping maculaire hors limites normales : ECM = 665 µm

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

Nom: NORREDINE, Said



ID : PT22100310342 Date d'examen: 23/11/2022

CLINIQUE STENDHAL

Date de naissance: 01/01/1944 Heure de l'examen: 14:10

Sexe : Masculin Numéro de série: 5000-24671

Technicien : CLINIQUE, STENDHAL Puissance du signal 9/10

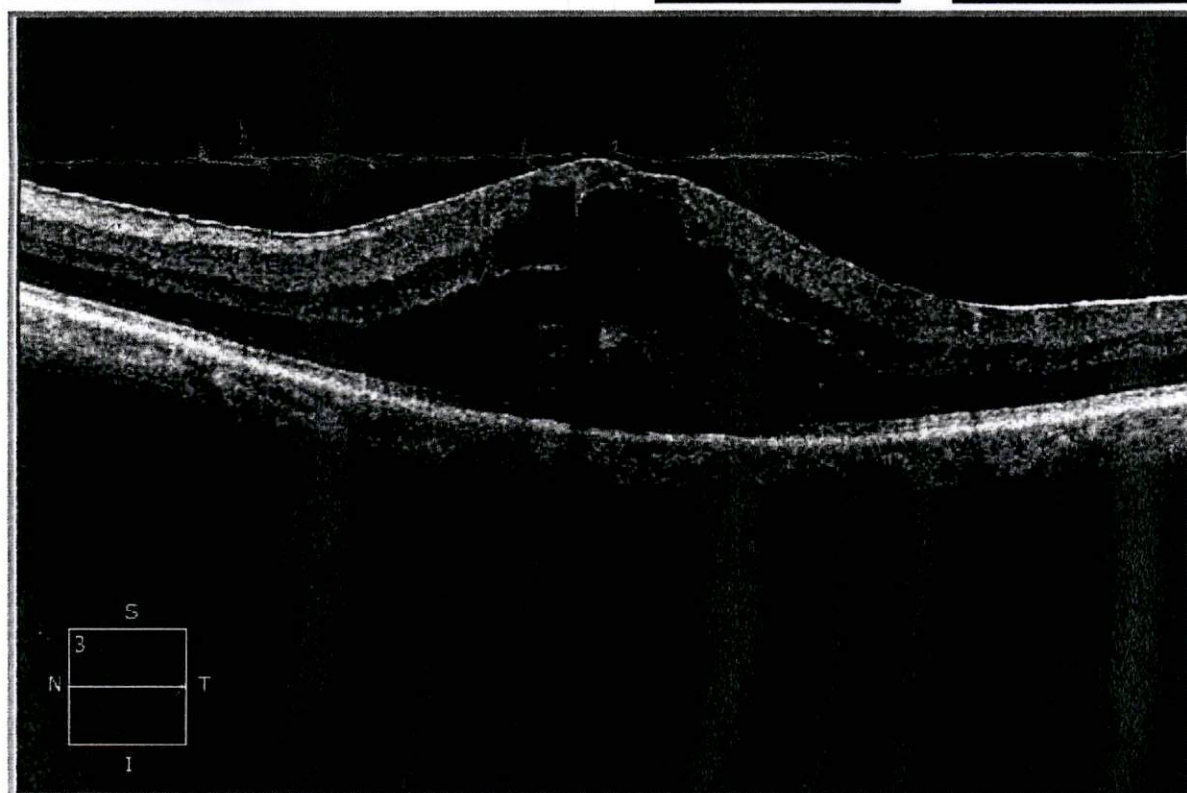
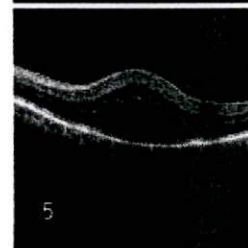
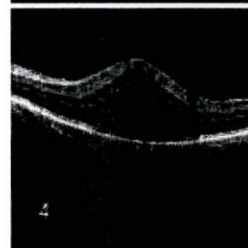
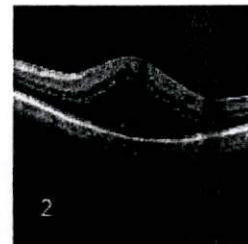
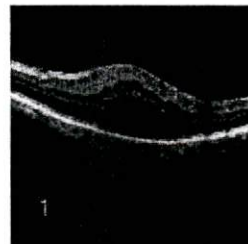
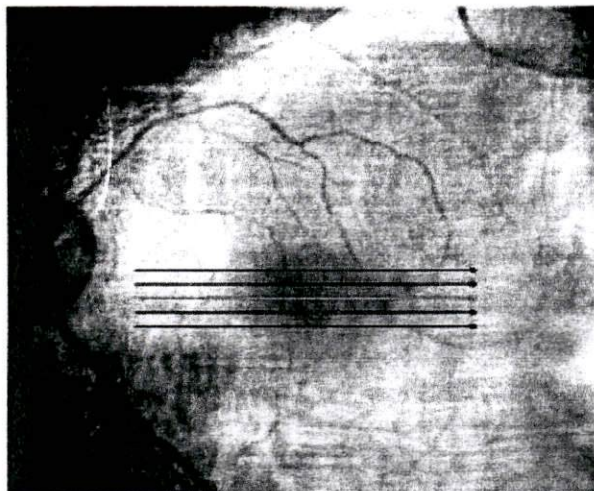
Images haute définition: HD 5 Line Raster

OD ☐ OS ☒

Angle examen: 0°

Espacement: 0,25 mm

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 11.5.2.54532
Copyright 2020
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom: NORREDINE, Said

ZEISS

ID : PT22100310342 Date d'examen: 23/11/2022

CLINIQUE STENDHAL

Date de naissance: 01/01/1944 Heure de l'examen: 14:12

Sexe : Masculin Numéro de série: 5000-24671

Technicien : CLINIQUE, STENDHAL Puissance du signal 9/10

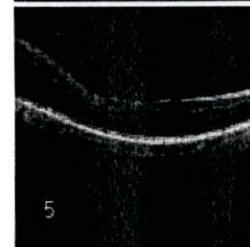
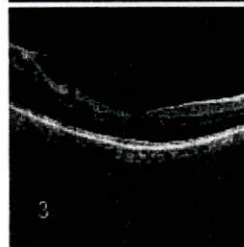
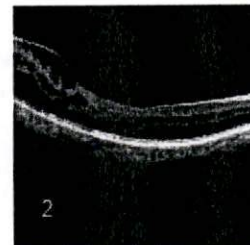
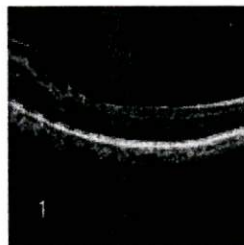
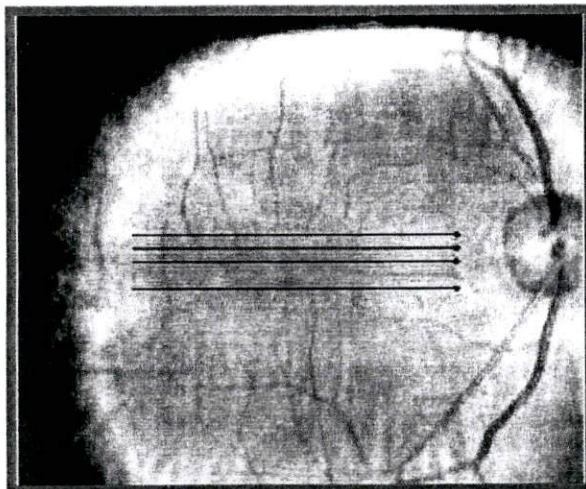
Images haute définition: HD 5 Line Raster

OD ● ○ OS

Angle examen: 0°

Espacement: 0,25 mm

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 11.5.2.54532
Copyright 2020
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved
Page 1 sur 1