

# 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 067235

169375

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 234 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : F. R. R. SAAOIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/07/2023

Nom et prénom du malade : F. R. R. SAAOIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : carrelage optique + NRI / Ect. / su / ALI

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 l'adhérent(e) :



### 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
13/01/23	C		coût GRATUIT	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DERRI Dr. Adil A. 19 Avenue Stendhal Casablanca - Tél: 0522 21 14 14	13/01/23 23	2800

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE STENDHAL 19 Avenue Stendhal Casablanca - Tél: 0522 99 34 51	13/01/23	1500 DH	LASER YAF

### AUXILIAIRES MEDICAUX

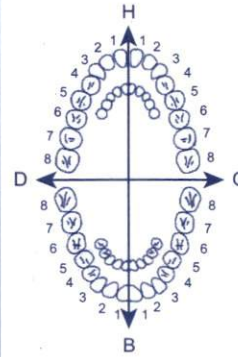
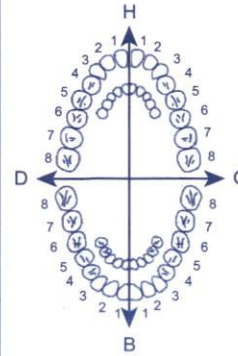
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

13/07/2023

7 Fanni Sachia



Chibrocadron

1/941





  
**PHARMACIE DERB EL KHEIR**  
Dr Adil ABOUTIKA  
Rue 23 N° 63-65-67  
Derb El Kheir Ain Chock  
Casablanca - Tél: 0522 21 34 23



Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda  
Ophtalmologiste

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech
- Diplôme Universitaire en OCT - Université de Bordeaux
- Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon - France

الدكتور الزهراوي محمد رضا  
أخصائي في أمراض وجراحة العيون

- خريج كلية الطب بالرباط و مراكش
- دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكية - جامعة بوردو
- طبيب سابق بمستشفيات ليون - فرنسا

Casablanca le : ..... 13 07 2023 ..... الدار البيضاء في

**COMPTE-RENDU LASER YAG**

**MME FARIRI SAADIA**

**Capsulotomie au LASER YAG faite ce jour au niveau de l'œil gauche pour cataracte secondaire**

CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal, SC  
Casablanca  
Tel. : 0522 47 15 01 Fax : 0522 99 34 51





Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda  
Ophtalmologiste

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech
- Diplôme Universitaire en OOP Université de Bordeaux
- Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon - France

الدكتور الزهراوي محمد رضا  
أخصائي في أمراض وجراحة العيون

- خريج كلية الطب بالرباط و مراكش
- دبلوم جامعي في التصوير
- المقتضي للشبكة - جامعة بوردو
- طبيب سابق بمستشفيات ليون - فرنسا

الدار البيضاء في : 13/07/2023



Faun Saad'a

Capitotomie zu Lam y A4

59



090063488



# FACTURE

N° 7 863 / 2023 du 13/07/2023

Nom patient	<b>FARIRI SAADIA</b>	Entrée 13/07/2023	Sortie 13/07/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

LASER YAG

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
LASER YAG	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
<b>Total</b>				<b>1 500,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>1 500,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements	<b>Espèces</b>				<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
	<b>1 500,00</b>				<b>1 500,00</b>	<b>0,00</b>

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

**CLINIQUE STENDHAL** - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51  
 Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 001754572000095  
 R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com