

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BIAZ Najib

Date de naissance : 15-11-1949

Adresse : B- NEXIA - Lotissement FLORIDA lot5 - California - Casablanca

email : nbiaz@hotmail.com

Tél. : 0661 14 8651 Total des frais engagés : 1763,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 DEC. 2023

Nom et prénom du malade : BIAZ 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 : Casa Blanca Le : 11/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : A. MARIZ



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
04 DEC 2023	L2		800,00	100 000 PRACTICE DE STENDHAL CASABLANCA 0522 354888 / 0522 352222

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/12/2023	463,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE STENDHAL 3, Avenue Stendhal, CM - Casablanca - 05 22 47 15 94 - Fax: 05 22 99 34 51	07/12/23	ANG	1000,00

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 canalaire, 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				COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553				
D	00000000	B	00000000					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie - Angiographie - Laser



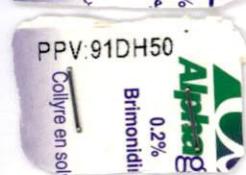
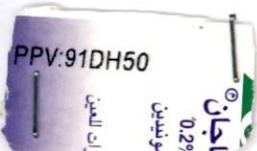
الدكتور الدخسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون



Casablanca, le

06/12/1992

Biaz N° 2

9150x2

1/ Al plegm coll N° 2
2/ THE 2T

140,10 x 2/ UT Bronson coll N° 2
2/ THE 2T Cissi or

463,20

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE 002224103000076

400. شارع إبراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيري محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 20/01/2013

Dr Mouhssine D'KHISSY

Aspect oculaire oculaire

Tracé Angiographie Retinienne

CLINIQUE STENDHAL

18, Avenue Stendhal, CM
Casablanca –

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

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage

Tel: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88

CASABLANCA

F A C T U R E

N° **14 337** / 2023 du **07/12/2023**

Nom patient	BIAZ NAJIB	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	07/12/2023	07/12/2023

ANGIOPHARIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ANGIOPHARIE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total				1 000,00

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

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

Ref Chq : SG N°6513753/


CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, CM
- Casablanca
Tél. : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 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

Dr. Reda MIKOU
Ophtalmologiste
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

CLINIQUE STENDHAL

Ancien interne des hôpitaux de france
Ancien assistant Spécialiste a l'Hôtel-Dieu de Paris
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology
Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII

الدكتور رضا ميكو
طب العيون
اختصاصي في جراحة الشبكية

07/12/2023

Compte rendu Angiographie rétinienne

Mr BIAZ NAJIB
74 ans

- Oeil droit

- **Rétinophotographie couleur** : Tortuosité vasculaire . macula semble normale. papille pale. atrophie péri papillaire, présence d'hémorragies en tache et punctiforme dans toute la périphérie et en pole postérieur.

- **Séquence angiographique** : . ZAC conservée. prise de fluo papillaire.présence d'ischémie en nasal et en inférieur. effet masque dans les zones d'hémorragie.

- Oeil gauche :

- **Rétinophotographie couleur** : Vaisseaux de calibre et de répartition normale.papille semble pale. atrophie péri papillaire. présence d'hémorragie en temporal

- **Séquence angiographique** : ZAC conservée. prise de fluo papillaire et péri papillaire. atrophie en inféro nasal Effet masque dans les zone d'hémorragies.

Dr. Reda MIKOU
Chirurgie Vitréo-Rétinienne
18, Avenue Stendhal
1000 Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

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

Name: **BIAZ, NAJIB**

Patient ID: PT230815082335

Date of birth: 1949/11/15 Gender: Male

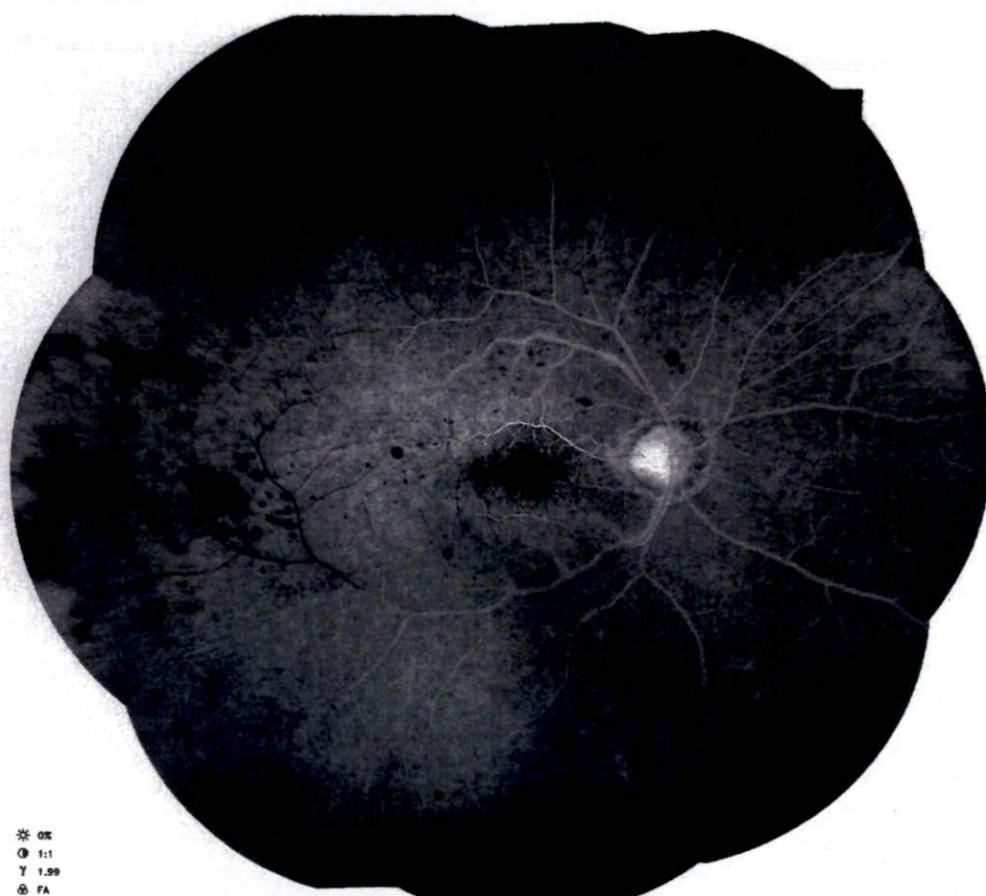
OD- Mosaic

2023/12/07



OD- Mosaic

2023/12/07



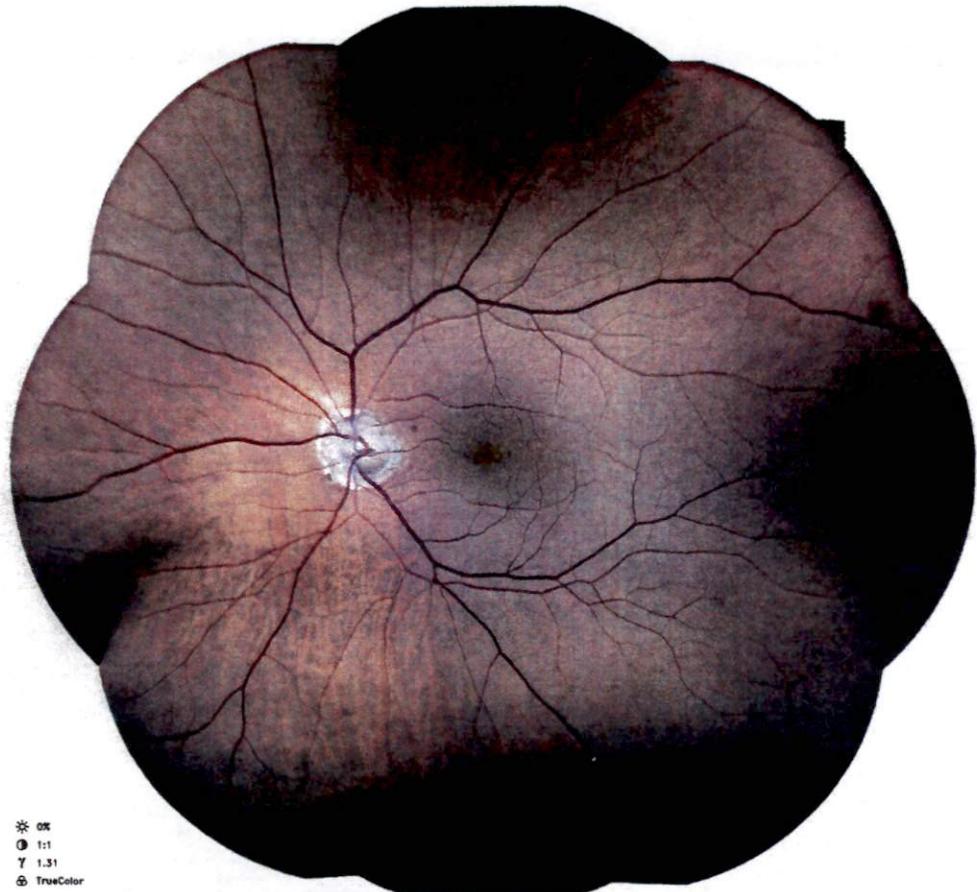
Name: **BIAZ, NAJIB**

Patient ID: PT230815082335

Date of birth: 1949/11/15 Gender: Male

OS - Mosaic

2023/12/07



OS - Mosaic

2023/12/07

