

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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- 066675

☒ 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 novembre 1949

Adresse : 82 MEKKA - Lotissement FLORIDA Lot 5 Calypso Casablanca

Tél. : 0661148651 Total des frais engagés : 3076,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2023

Nom et prénom du malade : BIAZ Najib

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 Le : 25/12/2023

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
20/12/23	C > gratuite			<p>Dr Rada MIKOU Chirurgien - Dentiste 18 Avenue Stendhal - Casablanca SC Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@clinquestendhal.com</p> <p>Rada MIKOU Dentiste Casablanca SC</p>
20/12/23	injection infratemporelle		3000,00 dh	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/12/23	C> gratuite			
20/12/23	injection intravitreuse		3000,00 dh	

[illegible]

Date	Montant de la Facture
20/12/2013	76,20

[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

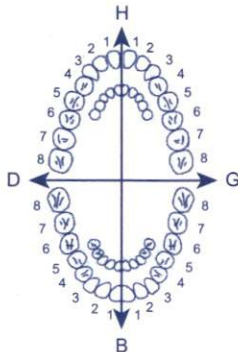
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veuillez 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			
						Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
							MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
								<input type="text"/>
								<input type="text"/>
							DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
								<input type="text"/>
								<input type="text"/>
							FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
								<input type="text"/>
								<input type="text"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers numbered 1 through 16. The piers are arranged in a circle, with 1 at the top and 16 at the bottom. The directions are labeled: H at the top, B at the bottom, D on the left, and G on the right. The piers are numbered 1 to 8 on the left side (D) and 1 to 8 on the right side (G). The piers are numbered 1 to 8 on the top side (H) and 1 to 8 on the bottom side (B).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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

Azyter 15 mg/g

Collyre, 8/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohammed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI



PT230815082335

20 décembre 2023

**Mr BIAZ NAJIB**

**Traitement de l'œil opéré**

76, 80

**1/ AZYTER**

1 goutte matin & soir pendant 3 jours

275, Route de la Mosquée Californie - Casa  
Tél : 05 22 52 29 89 - Fax : 05 22 21 31 56  
**PHARMACIE FLEMING**  
**SANTÉ BEAUTE**

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



PT230815082335

20 décembre 2023

**Mr BIAZ NAJIB**

INJECTION INTRAVITREENNE

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

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





## Compte Rendu Opératoire

Mr BIAZ NAJIB / Intervention du 20/12/2023

Titre Intervention: IVT Anti Vegf OD

Operateur: DR MIKOU REDA

Type anesthésie: Topique

Indication : Ischémie + Hémorragie

Désinfection cutanée et des culs de sacs conjonctivaux à la Bétadine  
ophtalmique diluée

Injection intravitreuse de 0.05 CC d'Anti Vegf à 4 mm du limbe en supérieur

Ciloxan Collyre

Pansement

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

090063488



# F A C T U R E

N° 14 987 / 2023 du 20/12/2023

Nom patient	<b>BIAZ NAJIB</b>	Entrée 20/12/2023	Sortie 20/12/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

## INJECTION INTRAVITREENNE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
INJECTION INTRAVITREENNE AVASTIN	1,00		3 000,00	3 000,00
			Sous-Total	3 000,00
<b>Total</b>				<b>3 000,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>3 000,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS MILLE DIRHAMS		

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		3 000,00			3 000,00	0,00

Ref Chq : SG KBI N6513758/

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