

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- 066677

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société : Ag 0032
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BIAZ Najib
 Date de naissance : 15-11-1949
 Adresse : Bd NEKKA Lotissement FERRIDA lot 5 Casablanca Casa
 email : nbiaz@hotmail.com
 Tél. : 0661148551 Total des frais engagés : 12.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

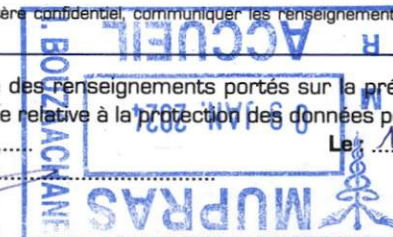
Dr. Rada MIKOU
 Chirurgien Ophtalmologiste
 18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC
 Tél. : (+212) 0522 47 15 94
 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Date de consultation : 08/01/24
 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 Le : 10/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
08/01/24	S		gratuit	Dr. Rada Mikou Chirurgien Ophthalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca 52 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

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

08/01/24 LASER 1200
ALGON

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

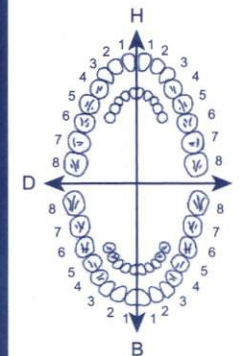
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

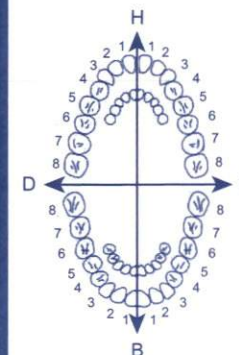
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



PT230815082335

08 janvier 2024

Mr BIAZ NAJIB

LASER ARGON

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

08/01/2024

RAPPORT MEDICAL

Mr NAJIB BIAZ

74 ans

Diagnostic : Ischemie+Hemorragies , ŒIL Droit

Laser Pascal

- Acte : PPR séance N°: 1
- Anesthésie topique à la cébesine
- Mise en place du verre quadrosphérique.
- Réalisation de:
 - impacts : 1200
 - temps d'exposition : 0.02 Sec
 - puissance : 360 MW

DR MIKOU REDA


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

090063488

**F A C T U R E**

N° 13 / 2024 du 08/01/2024

Nom patient	BIAZ NAJIB	Entrée 08/01/2024	Sortie 08/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

LASER ARGON PASCAL Œ

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
LASER ARGON PASCAL ŒIL	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
Total				1 200,00

	Total général 1 200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Chèque		Total encaissé	Solde
	1 200,00		1 200,00	0,00

Ref Chq : sg kbi n 6513762/

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, SC
Casablanca
Tel.: 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