

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

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



19084

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032721

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BIAZ Nadjib
Date de naissance : 15/11/1949
Adresse : Bd MEKKA - Lotissement FLORIDA Lot 5 Casablanca
e-mail : nbiaz@hotmail.com
Tél. : 0661148651 Total des frais engagés : 1454,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/01/24
Nom et prénom du malade : BIAZ NADJIB Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 16/01/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

[illegible]

attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/24	254,70

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/01/24	LASER ARGON	1200 DH

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, S
Casablanca
Tel.: 0522 47 15 94 - Fax: 0522 99 30

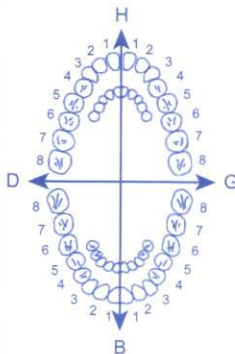
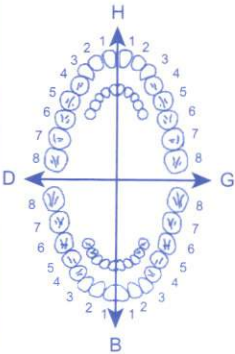
[illegible]

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							
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>						
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </td> </tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		D	G	00000000 00000000 35533411 11433553 B	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000									
	D	G								
	00000000 00000000 35533411 11433553 B									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>						

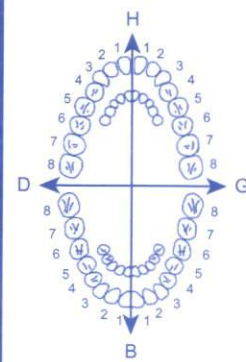
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

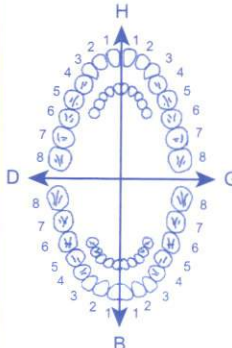
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

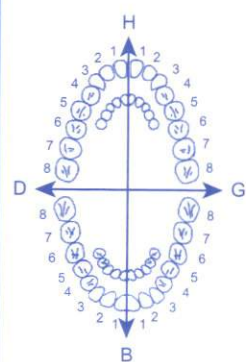
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div> <div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div> </div>		<input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/>		DATE DU DEVIS
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

الدكتور رضى ميكو
طب العيون
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT230815082335



6 118001 071340
DUOTRAV 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boite de 1 flacon
Sothema Boukoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ
Remboursable AMO
407393 MA

15 janvier 2024

Mr BIAZ NAJIB

19,00 x 8

DIAMOX 25 mg 24 cp co 2 boites

1/2 comprimé 3 fois par jour, pendant 15 jours

24,60

POTASSIUM sirop

1 CAC x 2/J, pendant 15 jours

192,10

DUOTRAV: collyre cl

1 goutte 1 fois par jour, le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

254,70

PPU 24DH60
EXP 08/2026
LOT 3603S 1

**POTASSIUM
LAPROPHAN®**

Sirop 125 ml

19,00

PHARMACIE FLEMING
SANTÉ BEAUTE
215, Route de la Mecque Casablanca - Cas
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Dr Reda Mikou
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Dr. Reda MIKOU

Ophthalmologiste

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



PT230815082335

15 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: mikou@cliniquestendhal.com
CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal,
Casablanca
Tél: 0522 47 15 94 - Fax: 0522 99 34 51

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

15/01/2024

RAPPORT MEDICAL

Mr NAJIB BIAZ

74 ans

Diagnostic : Ischemie+Hemorragies , ŒIL Droit

Laser Pascal

- Acte : PPR séance N°: 2
- 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
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
Fax : (+212) 05 22 99 34 51
Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

090063488



FACTURE

N° 30 / 2024 du 15/01/2024

Nom patient	BIAZ NAJIB	Entrée 15/01/2024	Sortie 15/01/2024
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 6513764/

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, SC
Casablanca
Tél.: 0522 47 15 94 - Fax: 0522 99 34 41

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