

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 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 une fois par an.

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.

19084

M23- N° 0032721

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 :

BD MEKKA - Lotissement FLORIDA Lot 5 Californie 1000

E-mail :

nbiaz@hotmail.com

Tél. : 0661148651 Total des frais engagés : 1454,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

15/01/2018

Nom et prénom du malade : BIAZ NABIB 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 : Casab

Le : 16/01/2018

Signature de l'adhérent(e) :

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
15/01/2015			gratuit	<i>Dr Henda MIKEI Chirurgien Ophtalmologiste 10 Avenue Stendhal - Casablanca 54 Tél. (+212) 0522 47 15 94 E-mail : hou@cliniquestendhal.com</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FLEMING SANTE BEAUTE 1000, 10e Avenue, Ste 100, Mississauga, Ontario, L5J 1L2 Téléphone : 905-624-2222 - Télécopieur : 905-624-2223 www.pharmacyfleming.com	15/11/24	254,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>CLINIQUE STENDHAL 18 Avenue Stendhal Casablanca 022 47 15 94 - Fax: 052 299 34 51</i>	15/01/2011	LASEK ARGON	1200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a horizontal arrow pointing left from tooth 8 to tooth 1, a vertical arrow pointing down from tooth 8 to tooth 1, and a diagonal arrow pointing down and to the left from tooth 8 to tooth 1.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



PT230815082335



DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ
Remboursé

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

8460

POTASSIUM sirop

1 CAC x 2/J. pendant 15 jours

19210

DUOTRAV: collyre cl

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

254,70

19,00



Dr Rec
Chirurgien Op.
18, Avenue Stendhal
Tél. : (+221) 0522 411 11
E-mail : r.mikou@clipart.sv

19,00

Dr. Reda MIKOU

Ophtalmologiste

Chirurgie Vitréo-Rétinienne

CLINIQUE STENDHAL

الدكتور رضى ميكو

طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية

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



PT230815082335

15 janvier 2024

Mr BIAZ NAJIB

LASER ARGON



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
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com


F A C T U R E

 N° **30** / 2024 du **15/01/2024**

Nom patient	BIAZ NAJIB	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	15/01/2024	15/01/2024

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
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

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

Ref Chq : sg kbi n 6513764/

