

# 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

- 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 1300 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BI AZ. Najib

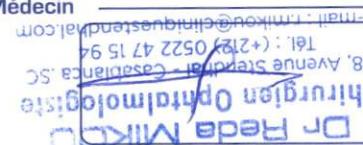
Date de naissance : 15-11-1949

Adresse : B<sup>2</sup> MEKKA L<sup>2</sup> L<sup>2</sup> FLORIDA dot 5 - California 904

e-mail : nbiaz@hotmail.com

Tél. : 06.61.14.86.51 Total des frais engagés : 12.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2021

Nom et prénom du malade : BI AZ. Najib Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Affection douloureuse

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 : Casablanca

Le : 29/01/24

Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	SC	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>18/11/2011 Casaglanca Tel: 0522471594 Fax: 05229951</i>	SC	29/10/2011	Laser Argon Pascal	120000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

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 رضي ميكو

طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية



PT230815082335

22 janvier 2024

Mr BIAZ NAJIB

LASER ARGON

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

**F A C T U R E**

N° **845** / 2024 du **22/01/2024**

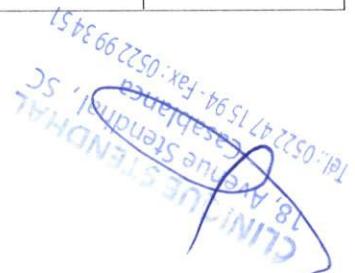
Nom patient	<b>BIAZ NAJIB</b>	Entrée <b>22/01/2024</b>	Sortie <b>22/01/2024</b>
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

**LASER ARGON PASCAL ŒIL**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
LASER ARGON PASCAL ŒIL	<b>1,00</b>		<b>1 200,00</b>	<b>1 200,00</b>
			Sous-Total	1 200,00
<b>Total</b>				<b>1 200,00</b>

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

	Chèque		Total encaissé	Solde
Encaissements	<b>1 200,00</b>		<b>1 200,00</b>	<b>0,00</b>

*Ref Chq : SG N°6513765/*

 18, Avenue Stendhal - Casablanca - Tél: 0522.47.15.94 - Fax: 0522.99.34.51  
 CLINIQUE STENDHAL

22/01/2024

## RAPPORT MEDICAL

Mr NAJIB BIAZ

74 ans

Diagnostic : Ischemie+Hemorragies , ŒIL Droit

### Laser Pascal

- Acte : PPR séance N°: 3
- 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 Ophthalmologique  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : ophtalmologie@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