

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 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 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

M23-0022725

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 912 Société : MUPRAS
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUDRAA ABDELKADER
 Date de naissance : 194932
 Adresse : F. Elbiluel
 Tél : 660541380 Total des frais engagés : ordonnance 1 = 102,30
 ordonnance 2 = 367,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Rada MIKEL
 Chirurgien Ophtalmologue
 18, Avenue Stendhal - Casablanca
 Tél. : (+212) 0522 47 15 9
 E-mail : mikel@cliniquestem.com
 Date de consultation : 31/01/1
 Nom et prénom du malade : BOUDRAA ABDELKADER
 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 : / / Le : / /


Signature de l'adhérent(e) : /

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
31/01/24	S		grat	
31/01/24	CPA		F.C. 50,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/1/2024	1021,30
	02/02/24	240,40 + 2x35,20 = 310,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/01/24	Bionat	

AUXILIAIRES MEDICAUX

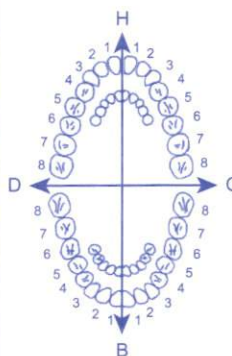
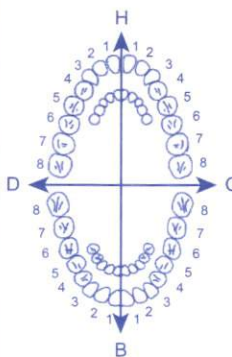
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT231110165751

31 janvier 2024

Mr BOUDRAA ABDELKADER

25,00

BETADINE SCRUB 125ML UE



Douche avec la bétadine la veille de l'intervention

25,90

MYDRIATICUM COLLYRE CL

1 goutte x3 toutes les 10 mn avant l'arrivée à la clinique

54,40

SPECTRUM 250 MG COMPRIME PELLICULE SECABLE

1 cp la veille et 1 comprimé le matin de la chirurgie

MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH



Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 18 - Sousse - 20112 - MAROC

Spectrum® 250 mg
Ciprofloxacine - 10 Comprimés



102,30

Dr Abdel KARTTI
Médecin
Anesthésie-Réanimation
CLINIQUE STENDHAL
Tél : 0522 47 15 94

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



PT231110165751

02 février 2024

Mr BOUDRAA ABDELKADER

Traitement de l'oeil opéré

104.50

1/ PHYLARM / Compresses Steriles

1 lavage x 2/J pendant 2 semaines

35.70 x 3

2/ TOBRADEX COLLYRE

1 goutte x 4/j pendant 1 semaines ; puis X3/J , 1 semaine puis x1/j 1 semaine

25.90 x 2

3/ MYDRATICUM COLLYRE

1 goutte x 2 /j pendant 1 semaine

22.40

4/ TOBRADEX POMMADE ou MAXIDROL POMMADE

1 fois /j soir pendant 1 semaine

31.00

5/ PANSEMENT OCULAIRE

A changer chaque matin

6/ SPECTRUM 250 mg

1 CP x2/J pendant 5 jours

51.40

18, Avenue Stendhal - Cit

Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - F

E-mail : ophtalmologie@



Attention, danger :
ne pas conduire
Pour la reprise de la conduite,
demandez l'avis d'un médecin



MYDRATICUM 0.5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 35,70 DH



6 118001 070428
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC



6 118002 100018



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH



6 118001 070404
Laboratoires Sothema Bouskoura
Makidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS



6 118002 100094



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH

PHARMACIE DES 2000S
DE L'OPÉAN BAY
Route de l'Opéan pour Km
Dar Bouazza Casablanca
Tél : 05 22 22 08 23
RC : 399369 - TP : 39960411

Dr Reda M
Chirurgien Opht
18, Avenue Stendhal -
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@clinique-stendhal.ma



PT231110165751

31 janvier 2024

Mr BOUDRAA ABDELKADER

CPA

BIOMETRIE OCULAIRE

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
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

090063488



FACTURE

N° 1 349 / 2024 du 31/01/2024

Nom patient	BOUDRAA ABDELKADER	Entrée 31/01/2024	Sortie 31/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

CPA

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CPA	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
Total				250,00

	Total général 250,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	250,00				250,00	0,00

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

1/2

090063488



FACTURE

N° 1 352 / 2024 du 31/01/2024

Nom patient	BOUDRAA ABDELKADER	Entrée 31/01/2024	Sortie 31/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

BIOMETRIE (IOL MASTER)

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
BIOMETRIE (IOL MASTER)	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total				400,00

	Total général 400,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	400,00				400,00	0,00

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

