

# 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.

M22- 0037489  
*202270*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6122* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*CHADLI Naima*

Date de naissance :

*81/10/11*

Adresse :

*81, lot Pavillon Sebd Azzam*

Tél. : *06 61 19 96 68* Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophthalmologist  
18, Avenue Stendhal - Casablanca 51  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com*

Date de consultation :

*06/06/24* Nom et prénom du malade :

*CHADLI NAIMA* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

*AFFECTION OCULAIRE* Pathologie :

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'exhaustivité 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) :



## 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
01/06/26	G		300 D H	 Dr Reda MIKOU Chirurgien Ophtalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca 5C Tél. : (+212) 0522 47 15 94 mikou@cliniquestendhal.cc

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE ZIRAOUI</b>  <b>Dr. HICHI Maria</b>  <b>236, Bd. Ziraoui N°10 - Casablanca</b>  <b>Tél: 05 22 29 56 63</b></p>	04/04/24	374.30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

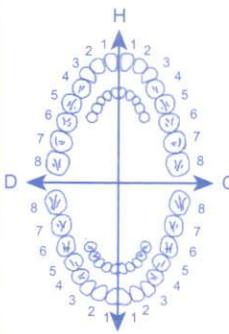
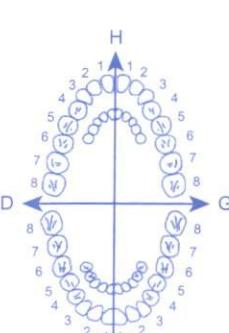
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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**  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

**CLINIQUE STENDHAL**

الدكتور رضا 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 Vitréo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII



PT240401141310

04 avril 2024

**Mme CHADLI Naima**

50.60 x 6

LARMABAK collyre



1 goutte 3 fois/jour , dans les deux yeux, pendant 6 Mois

70.70

ZALERG



, 1 goutte x 2/ jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

374,30

INPE  
092058460

**PHARMACIE ZIRAOUI**

Dr. HRICHI Maria  
236, Bd. Ziraoui N°10 - Casablanca  
Tél: 05 22 29 56 63

Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca 55  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

COOPER PHARMA

PPV : 50,60 DH

Lo

ppv : 50,60 DH

COOPER PHARMA

LARMABAK 0,9%  
Collyre 10 ml - PPV  
6 118001 100651

PPV : 7,70 DH  
COOPER PHARMA

Zalerg 0,25 mg/ml  
جلايرج 0,25 مجم/مل

6 118001 102495  
ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV 10 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacie Responsable : Amna DAOUDI

COOPER PHARMA  
PPV : 50,60 DH

25346502

1T33  
10 2023  
09 2025

COOPER PHARMA

PPV : 50,60 DH

1T33  
10 2023  
09 2025

COOPER PHARMA  
PPV : 50,60 DH

25346502

1T33

PPV : 50,60 DH  
COOPER PHARMA

LARMABAK 0,9%  
Collyre 10 ml - PPV  
6 118001 100651