

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19- 0039672

Optique 50538  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1017 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DADI ILHAM

Date de naissance :

16/05/52

Adresse :

Rue CALIFORNIE JARDINS B5 de FES

Appr. 3 IMB B'

Tél. : 2673558.12 Total des frais engagés : 268.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/06/2020

Nom et prénom du malade : DADI ILHAM

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-039672

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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
11/06/10	G		30,-,00	Lil Reda M. Chirurgien Ophtalmologiste 18, Avenue Tendhal - Casablanca Tel. : (+212) 522 1112 E-mail : r.mekou@cliniquestendhal.com

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

<u>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</u>	Date	<u>Montant de la Facture</u>
	11/06/2022	206,50
	11/06/2022	62,40

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES -**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VISUEL OPTICIENS SARL 784, Lotissement Mandarona Bd El Qods Ain Chak Casablanca Tél / Fax : 05 22 52 10 04	22/11/2020					3000,95

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

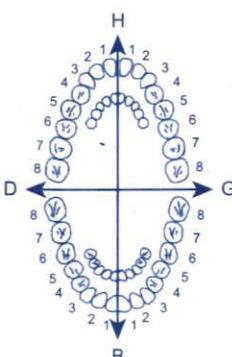
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
25533412 00000000	21433552 00000000									
D	G									
00000000 35533411	00000000 11433553									
B										

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 Vitréo-Rétinienne - Dijon

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

الدكتور رضى ميكو

طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية



PT150300204

11 juin 2020

**Mme DADI Ilham**

150,-



HARMACIE PORTE CALIFORNIE  
Route 109, Dar Haf Daoui  
Casablanca - Route de la Mecque  
Tel: 05 22 81 29 31

HYLOCOMOD: COLLYRE

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

NAVIINFLA

1 goutte x3/ jour , pendant 15 jours



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

20,80

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

206,50

150,-  
OSP 25,-  
OSP 75,-



Dr. Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC  
Tel.: (+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 : r.mikou@cliniquestendhal.com

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

الدكتور رضي ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT150300204

11 juin 2020

**Mme DADI Ilham**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue**

VL : OD = + 2.25 (- 2.00 à 89°)

OG = + 1.75 (- 1.00 à 91°)

VP : ODG = Add : + 2.50

~~VISUEL OPTICIENS~~  
~~SARL ALI~~  
~~784, Louis Semerdjian Mandarona~~  
~~Bd El Qods Al Chouf Casablanca~~  
~~Tel / Fax : 05 22 52 10 04~~

  
Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal Casablanca SC  
Tél. : (+212) 0522 47 15 22  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com



# PHARMACIE PORTE CALIFORNIE

109, Dar Haj Dauj Bachkou, Bd MEKKA

R.C :4266 Patente:36376880  
T.V.A :40222847 C.N.S.S:8729545  
Banque:BMCI: 013780011740001610010748  
Tél :05 22 81 29 31

Le 11/06/2020

**FACTURE N°99475**

N° ICE : 000426135000010

N° IF : 40222847

**MME DADI ILHAM**

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	LEVOTHYROX 25 CP/BTE 28	6,80	0,00	6,80	13,60		13,60		
2	LEVOTHYROX CO 100MG 28U	24,40	0,00	24,40	48,80		48,80		
<i>PHARMACIE PORTE CALIFORNIE Route 109,Dar Haj Dauj Bachkou, Route de la Mecque - Casablanca - Tél: 05 22 81 29 31</i>									
REMISE GLOBALE :		BRUT TTC		62,40	- Remise	0,00	= NET TTC	62,40	

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Soixante Deux Dirhams et 40 centimes.**



FACTURE N° : 840/2020

LE 02/11/2020

Client Mme DADI ILHAM

	<i>SPHERE</i>	<i>CYLINDRE</i>	<i>AXE</i>	<i>ADDITTION</i>
<u>ŒIL DROIT</u>	+2.25	-2.00	89	+2.50
<u>ŒIL GAUCHE</u>	+1.75	-1.00	91	+2.50

Vision de loin :

Monture : OPTIQUE

Verre : ORGANIQUE AMINCIS ANTIREFLET

PROGRESSIFS

Montant de vision de loin :

ŒIL DROIT	1000
ŒIL GAUCHE	1000
MONTURE	1000

Vision de près :

Monture :

Verre :

Montant de vision de près :

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

*PRIX T.T.C : 3000DH*

*T.V.A : 500 DH*

*VISUEL OPTICIENS  
SAIDI AU  
784, Lotissement Mandarona  
Bd El Qods Aïn Chok - Casablanca  
Tél. / Fax : 05 22 52 10 04*

Boulevard El Qods N° 784 - Mandarona - Aïn Chok – Casablanca Tél./Fax : 05 22 58 10 04  
Rc : 201363 Patente : 34091262 IF : 2264385 Cnss : 813254

**ICE : 000229849000040**