

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Optique :

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.

Prothétique :

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 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

N° P19- 060773
33281

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ES45 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JACIR Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-060773

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 :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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.

Optique :

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545

Société : RAM REFRAITÉ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMED

Date de naissance : 01 - 01 - 1953

Adresse : 97 RUE SOCRATE MAARIF CASA

Tél. : 0670566416

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR CHELLY Chafik
Ophthalmologiste

Cachet du médecin :
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 23 30 53 - 05 22 25 83 70
05 22 98 47 84

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JALIL Mohamed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

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 : 02/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/04/2020	injection	Frais	Medecin 16000 X	
OD	Frais	clinique	14000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Madame BARTALI Pharmacie Achraf Casablanca	02/04/2020	4590
	20.	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Madame BARTALI Pharmacie Achraf Casablanca	02/04/2020		4590
	20.		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
	[Création, remont, adjonction]			
D	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Lentilles de Contact

Angiographie rétinienne

Soins au Laser (Argon - Yag)

Chirurgie Réfractive

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض العيون

عدسات النظر

فحص الشبكة بالأشعة

علاج بالليزر

جراحة قصر النظر

31 MARS 2020

Monsieur JALIL Mohamed

INJECTION INTRA VITREENNE(OD) ANTI VEGF

LE JEUDI 02 AVRIL 2020 A 8 H 00

A LA CLINIQUE AL MADINA
FACE AU LYCEE LE CEDRE
QUARTIER PALMIERS
TEL 05-22-77-77-40
20100 CASABLANCA

NE PAS ETRE A JEUN

زنقة سومية (عمارة فياط - جipp) الطابق الثاني هي التخيل - الدار البيضاء - 06 61.33.04.44 / 05 22.25.83.70 / 05 22.25.99.87 / 05 22.23.30.53 : مستجللات : 82, Rue Soumaya (Immeuble Fiat - Jeep) 2^{ème} Etage Quartier des Palmiers - Casablanca - 05 22.25.83.70 / 05 22.25.99.87 / 05 22.23.30.53 - Urgences : 06 61.33.04.44

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble Fiat - Jeep) Casablanca
Quartier des Palmiers - 05 22.25.83.70
Tél: 05 22.25.30.53 - 05 22.25.87.04

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie
Lentilles de Contact
Angiographie rétinienne
Soins au Laser (Argon - Yag)
Chirurgie Réfractive

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض العيون
عدسات النظر
فحص الشبكة بالأشعة
علاج بالليزر
جراحة قصر النظر

Le 02/04/2020

Monsieur JALIL Mohamed



45.90

- CILOXAN COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil droit pendant 7 jours



Casablanca - Tel: 0522 25209
Rue Soumaya - Casablanca - Maroc
Pharmacie Antibes
Madame BAKRA ETIAMA

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tel: 05 22 25 83 70 - 05 22 25 83 53
05 22 25 88 47 84

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Lentilles de Contact
Angiographie rétinienne
Soins au Laser (Argon - Yag)
Chirurgie Réfractive

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض العيون

عدسات النظر

فحص الشبكة بالأشعة

علاج بالليزر

جراحة قصر النظر

Le 02/04/2020

Facture:

ICE: 001746480000038

NOM ET Prénom : Mr JALIL Mohamed
opération chirurgicale, injectio
n intra-Vitrea (OD)

HONORAIRE chirurgical + 1600Dhs
La présente Facture est arrêtée
à la somme de celle ci de 0Dhs

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya / Immeuble RENAULT
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 23 00 53 - 05 22 25 83 7
05 22 98 47 84

FACTURE

N° : 3368 B / 2020 du 02/04/2020

IVTAVASTIN OD

Nom patient JALIL MOHAMED Entrée 02/04/2020
 PAYANT Sortie 02/04/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1,00		400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00		1 000,00	1 000,00
				<i>Sous-Total</i> 1 400,00
Total Clinique				1 400,00
DR. CHELLY CHAFIK (ophtalmo)	1,00		1 600,00	1 600,00
				<i>Sous-Total</i> 1 600,00
Total Autres prestations				1 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS

Total 3 000,00

Docteur CHELLY Chafik
 Ophtalmologiste
 82, Rue Soumaya - Immeuble RENAULT
 Quartier des Palmiers - Casablanca
 Tel: 05.22.22.30.00 - 05.22.25.83.71
 05.22.22.47.84

CLINIQUE AL MADINA 2
 Clinique Al Madina
 Quartier Palmiers
 Tel: 0522.77.77.40 à 49 (LG) / 05.22.25.00.02
 05.22.25.00.01 - Casablanca - E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°: 1007171 - Patente : 34782425

Casablanca le : 02/04/2020

Nom & Prénom : MR JALIL MOHAMED
Date d'entrée : 02/04/2020
Date de Sortie : 02/04/2020
Médecin traitant: DR CHELLY CHAFIK

DIAGNOSTIC: Injection intra-vitréenne OD

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Sous anesthésie topique
- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les Culs de sacs conjonctivaux de 3 min
- Pose d'un champ auto collant stérile ;
- Repérage au compas de site d'injection à 4 mm du limbe
- Injection intra vitréenne d'anti-inflammatoire
- Vérification positive de la vision par la vue des doigts
- Pommade antibiotique.
- Pansement.

Docteur CHELLY Chafik
Ophthalmologiste
82, Rue Soumaya - Bâtiment RENAULT
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.23.00.11 - 05.22.25.83.70
05.22.20.47.84

CLINIQUE AL MADINA ②
CLINIQUE AL MADINA ②
82, Rue Soumaya - Bâtiment RENAULT
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (LG) / 05.22.25.00.02
Fax: 05.22.25.00.01 - Casablanca - E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°: 1007171 - Patente : 34782425

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIEDate d'entrée 02/04/2020 Heure 08h00Nom et Prénom du patient JALIL Mohamed Age _____

N° CIN du patient ou du tuteur _____

Adresse _____

Téléphone _____

Personne à contacter en _____ Téléphone _____
cas d'urgenceMédecin traitant Chelly Chafik Durée prévue d'hospitalisation 1/2 journéeMotif d'hospitalisation Voir P.CAffiliation à une couverture maladie oui non

(ATTENTION : En cas de fausse déclaration, la clinique ne remplira pas de dossier de déclaration maladie à l'attention d'un organisme d'assurance maladie.)

Partie réservée aux patients affiliés à une couverture maladie :

Nom et Prénom de l'assuré _____ lien de parenté _____

Organisme assureur _____

Mode de paiement : Payant Prise en charge

Nom et Prénom _____

Signature _____

Partie à compléter à la sortie :Date de sortie 02/04/2020 Heure _____Durée d'hospitalisation 1/2 journéeNom & Prénom + Signature JALIL Mohamed