

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.

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.

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.

Prothèse :

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

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° P19-0027582

☐ Maladie ☐ Dentaire 33266 ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM RETRAITE

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMED

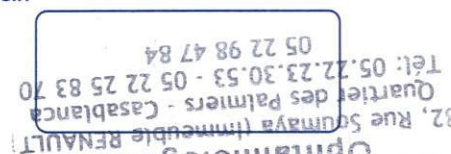
Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 97 RUE SOCRATE MAARIF CASA

Tél. : 06 70 56 64 16 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. JALIL Mohamed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 30/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
30/04/2020	injection	Frais Clinique	1400	
	OG	Frais Medecin	1600	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

	30 04 20	45,50
--	----------------	-------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

--	--	--	--

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires

		Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

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 Refractive

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض العيون

عدسات النظر

فحص الشبكة بالاشعة

علاج بالليزر

جراحة قصر النظر

30/04/2020

Monsieur JALIL Mohamed

INJECTION INTRA VITREENNE OG **ANTI VEGF**

LE JEUDI 30 AVRIL 2020 A 9 H00

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

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble FIAT - Jeep)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tel: 05 22 25 83 70 / 05 22 23 30 53 / 05 22 25 99 87 / 06 61 33 04 44

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 Refractive

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

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

30/04/2020

Monsieur JALIL Mohamed

45,90

6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS
Remboursable AMO
40643-J

- CILOXAN COLLYRE

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

Casablanca - Tél : 05 22 25 99 87 / 05 22 23 30 53
Rue Soumaya - 2ème Etage
Quartier des Palmiers - Casablanca
Madame BARTAL FATIMA

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél : 05 22 23 30 53 - 05 22 25 83 70
05 22 48 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 Refractive

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض العيون

عدسات النظر

فحص الشبكة بالاشعة

علاج بالليزر

جراحة قصر النظر

le 30/04/2020

Facture :

ICE: 001746480000038

M. ET Mme - Mr JALIL Mohamed
opération chirurgicale : injection
lente - vitre - 1067

Honoraires Chirurgie : 7.16000
(La présente Facture est arrêtée
à la somme de mille six cent 00)

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 25 83 70 - 05 22 25 83 70
05 22 98 47 84

82, زنفة سومية (عمارة فياط - جيب) الطابق الثاني حي النخيل - الدار البيضاء - ☎ : 05 22 25 83 70 / 05 22 25 99 87 / 05 22 23 30 53 : مستعجلات : 06 61 33 04 44

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

F A C T U R E

N° : 3522 B / 2020 du 30/04/2020

IVT AVASTIN OG

Nom patient **JALIL MOHAMED**
PAYANT

Entrée 30/04/2020
 Sortie 30/04/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

SEJOUR	1,00	FC	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 400,00
Total Clinique				1 400,00

DR. CHELLY CHAFIK (ophtalmo)	1,00		1 600,00	1 600,00
			Sous-Total	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
Ophthalmologiste
 82, Rue Soumaya Immeuble RENAULT
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 05.22.77.77.40 - 05.22.25.83.70
 05.22.25.22.98.47.84

CLINIQUE AL MADINA
 82, Rue Soumaya Immeuble RENAULT
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 05.22.77.77.40 - 05.22.25.83.70
 05.22.25.22.98.47.84

Casablanca, le 30/04/2020

Nom & Prénom : MR JALIL MOHAMED

Date d'entrée : 30/04/2020

Date de Sortie : 30/04/2020

Médecin traitant : DR CHELLY CHAFIK

DIAGNOSTIC: INJECTION INTRA VITRIEENNE OG

COMPTE RENDU OPERATOIRE

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

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.23.30.31 - 05.22.25.83.70
05.22.77.77.40

CLINIQUE AL MADINA 2
Angle Rue Soumaya et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.25.00.01

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 30/04/2020 Heure 08h00
Nom et Prénom du patient JALIL Mohamed Age _____
N° CIN du patient ou du tuteur _____
Adresse _____
Téléphone _____
Personne à contacter en _____ Téléphone _____
cas d'urgence
Médecin traitant Chelly Chafik Durée prévue d'hospitalisation 1/2 journée
Motif d'hospitalisation Voir P.C
Affiliation 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 30/04/2020 Heure _____
Durée d'hospitalisation 1/2 journée
Nom & Prénom + Signature JALIL Mohamed