

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

NED

Maladie

Dentaire 33266

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545

Société : RAM RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMMED

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 :

05 22 98 47 84
82, Rue Sidi Mâya (Immeuble BENALUTI)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 23 30 53 - 05 22 25 83 70

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JALIL Mohamed

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Affectez

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) :



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
30/04/2010	injection		Frais Clinique 1100	
06			Frais Médecin 1600	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Madame BARTAL FATIMA Pr. Dr. Hafsa Ahsan R. Dr. Hafsa Mehmood Casablanca - Tél : 0522 25 22 00</i>	<i>30/04/20</i>	<i>US\$ 50</i>

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ B & \end{array} \quad G $				
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth (1-8) and letters D, G, H, B indicating anatomical positions. The diagram is rotated					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplomé 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

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
Ophtalmologist
82, Rue Soumaya (Immeuble Fiat - Jeep) 2^{ème} Etage Quartier des Palmiers - Casablanca
Tel: 05 22 25 83 70 / 05 22 25 99 87 / 05 22 23 30 53
Fax: 05 22 25 98 47 / 05 22 25 83 70
Mobile: 05 22 25 83 70*

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

30/04/2020

Monsieur JALIL Mohamed

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

45,90

- CILOXAN COLLYRE

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

*Madame BARTAL ETIMA
Né à Casablanca - Tél : 0622.20.02.09
Née à Casablanca - Membre
de la Société Africaine
de Ophtalmologie*

*Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82 Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.23.30.53 - 05.22.25.83.70
05.22.28.47.84*

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 الشبكية بالأشعة
علاج بالليزر
جراحة قصر النظر

le 30/04/2020

ICE: 001746480000038

Facture :

Nom ET Prénom : Mr JALIL Mohamed
Opération chirurgicale : Injection
intraveineuse (06)

Montant : 1600 دج
(La présente Facture est annexée)
(à la somme de 1200 دج)

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tel: 05 22 25 83 05 - 05 22 25 83 70
05 22 23 05 53 - 05 22 25 83 70
05 22 08 17 84

FACTURE

N° : 3522 B / 2020 du 30/04/2020

IVT AVASTIN OG

Nom patient JALIL MOHAMED
PAYANTEntrée 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
				<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

Dr. CHELLY Chafik
Ophthalmologist
82, Rue Soulaya (Immeuble RENAULT)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.77.30.53 - 05.22.25.83.70
Fax: 05.22.98.47.84

CLINIQUE AL MADINA
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.77.77.40 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 - ICE : 001630200000096

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 vitréenne 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: 05.22.23.30.50 - 05.22.25.83.70
05.22.23.30.50

CLINIQUE AL MADINA 2
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (LG)
Fax: 0522.77.77.40 à 49 (LG)

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIEDate d'entrée 30/04/2020 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 30/04/2020 Heure _____Durée d'hospitalisation 1/2 journéeNom & Prénom + Signature JALIL Mohamed