

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-429448

73470

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00858 Société : R 74

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAKIR Ashamed

Date de naissance : 09/02/48

Adresse : Mutuelle

Tél. : 0663647886 Total des frais engagés : 1685,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur CHELLY Chakir**
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 23 30 53 - 05 22 25 83 70
05 22 98 47 04

Date de consultation : 10/05/2021

Nom et prénom du malade : CHAKIR Ashamed Age : 72

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, communiqué 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 : 07/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
dépos 2021	ca	-	gratuit	INP-09-248621 Cachet des premiers - Casse 05 22 25 85

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Four	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Omariya Casablanca Rue 49 Lot Omariya Mosquée Omariya Hay Inara, Ain Chock - Casablanca Tel.: 05 22 52 36 29	$\frac{10}{05}$ 2022	18520

Date _____

Montant de la Facture

Cachet du Pharmacien
ou du Fourbisseur
Pharmacie Omariya Casablanca
Rue 49 Lot Omariya Mosquée Omariya
Hay Anara, Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 52 36 29

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/05/21	Forç. yab	1500,00

Date _____

Montant
des Honoraires

22/5/21 Over Yab

1500 DA

[illegible]

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

A1

PO

IM

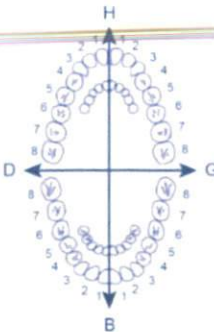
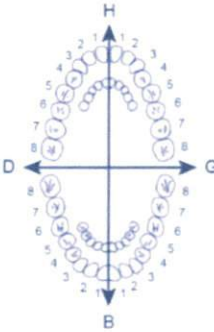
15

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
							FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 0000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 0000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 0000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 0000000 11433553 B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins	Durée de la séance	Fonction du soignant	Matériel	Précautions particulières
Soins d'hygiène et de confort				
Soins de prévention				
Soins curatifs				
Soins palliatifs				

Coefficient

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

I

255334
000000

2	21433552
0	00000000

D 0000000
355334

0	00000000
1	11433553

8

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE 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

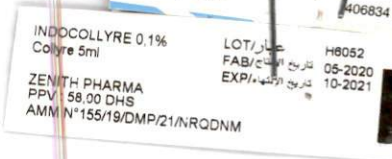
10 mai 2021

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

Monsieur CHAKIB Mohamed



- TOBRADEX COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil droit, pendant 15 jours

- INDOCOLLYRE 0.1 % COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil droit, pendant 15 jours

- ALPHAGAN COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans l'oeil droit, pendant 15 jours
8 H / 20 H

A DEBUTER LA VEILLE DU LASER YAG OD

Pharmacie Oumariya - Casablanca
Rue 49 Lt. Oumariya Mosquée Oumariya
Hay Inara Ain Choua - Casablanca
Tél: 05 22 52 36 29



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 93 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

10 mai 2021

Monsieur CHAKIB Mohamed

LASER YAG OD

A 8 H 30

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

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

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mad Barret Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca
Tel: 05 22 77 77 4049 - Fax: 05 22 25 00 01

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

CLINIQUE AL MADINA



ORDONNANCE

عيادة العين

COMPTE RENDU LASER

Patient : Mr. Mme. Mlle :

CHAKIB MOKANED

A bénéficié : Séance (s)

Nature du laser :

- ☐ Argon
- ☒ Yag
- ☐ Pascal

Nature de la maladie :

Cataracte Senescale OD

Casablanca le, 22/05/2021.

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 77 40 00 - Fax: 05 22 25 00 01

FACTURE

N° : 7279 / 2021 du 22/05/2021

LASER YAG

Nom patient **CHAKIB MOHAMED**
PAYANT

Entrée 22/05/2021

Sortie 22/05/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
LASER YAG	1.00		1 500.00	1 500.00
			Sous-Total	1 500.00
Total Clinique				1 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total 1 500.00

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01/02