

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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W19-429448

73470

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	00858	Société :	Rafiq
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Chakir Mohamed
Nom & Prénom : CHAKIR Mohamed			
Date de naissance : 09/02/48			
Adresse : Habtuelle			
Tél. 06 63 64 5886 Total des frais engagés : 1685,20 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
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 98 47 34			
Date de consultation :	10/05/2021	Age :	52
Nom et prénom du malade :		M. Chafik Mohamed	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Afico de la veine -			
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 : CASA **Signature de l'adhérent(e) :** M. Chafik Mohamed
Le : 07 JUIN 2021 **Le :** 07 JUIN 2021
R ACCUEIL N



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguier	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie Omariya Casablanca</i></p> <p><i>Rue 49 Lot. Omariya Mosquée Omariya</i></p> <p><i>Hay Inara, Ain Chock - Casablanca</i></p> <p><i>Tél.: 05 22 52 36 29</i></p>	<p><i>10/03/2021</i></p>	<p><i>185.20</i></p>

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CHAVIQUA C. A. P. Complexe Médical Rue du Palmier - CS 22711 75100 Paris</i>	2015-12-1	Form Yeb	1500 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

10 mai 2021

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
 عضو في الجمعية الفرنسية لامراض العيون

عدسات النظر

فحص الشبكة بالأشعة

علاج بالليزر

جراحة قصر النظر



Monsieur CHAKIB Mohamed

35,70



- TOBRADEX COLLYRE

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

58,00

- INDOCOLLYRE 0.1 % COLLYRE

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

91,50

- 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



Docteur CHELLY Chafik
 Ophtalmologiste

82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
 Quartier des Palmiers - Casablanca
 Tel: 05 22 23 30 53 - 05 22 25 83 70
 05 22 98 47 24

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplomé de l'Université de Marseille
Membre de la Société Francaise 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 بالأشعة
علاج بالليزر
جراحة قصر النظر

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

CLINIQUE AL MADINA
Caisse ③
Angle Rue Med Bahr et Rue Mansar
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
Tél: 05 22 77 77 4049 - 05 72 25 83 70
05 22 77 77 84

NE PAS ETRE A JEUN

CLINIQUE AL MADINA



ORDONNANCE

ordonnance

COMPTE RENDU LASER

Patient : Mr. Mme. Mlle :

CHAKIB NABIL

A bénéficié : Séance (s)

Nature du laser :

- Argon
- Yag
- Pascal

Nature de la maladie :

Cataracte Secondeaire OD

Casablanca le, 22/01/2001.

*CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 05.22.77.77.40 - 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
<i>Sous-Total</i>				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
Angle Rue Mad Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 -Fax : 05 22 25 00 01/02
Email : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°:1007171-R.C :407991-Patente :34782425