

# 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.

## Educational :

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

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



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0026002

MD 74218

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545

Société : RAM

☐ 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

Cachet du médecin :

Docteur CHELLY Charif  
Ophtalmologiste  
12, 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 :

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 : 05/03/2020

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
05/03/2000	injection OD	Frais Medecin : #1600#		
		Frais Clinique : #1400#		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacienne - Maarif  
Rue Socrate - Maarif  
Casablanca - Tél. 0522 25 22 09

05/03/2000 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 Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

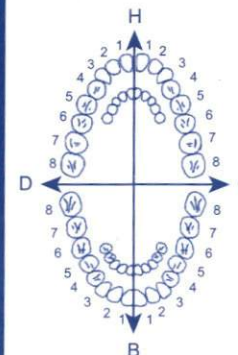
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

05 MARS 2020

Monsieur JALIL Mohamed



- CILOXAN COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil droit, pendant 8 jours

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Achraf  
Rue Socrate - Mazanif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

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 41 11



**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 بالأشعة

علاج بالليزر

جراحة قصر النظر

20/03/2020

Facture:

M. ET Prémier : M. JALIL Mohamed  
opération chirurgicale : Injection  
entre vitreuses (DD)

Honoraires Chirurgie : = 16000  
(La présente facture est arrêtée  
à la somme de mille six cents)

Docteur CHELLY Chafik  
Ophtalmologiste  
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél: 05.22.23.30.53 / 05.22.25.83.70  
05.22.98.44.24



**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

8 février 2020

*Monsieur JALIL Mohamed*

# **INJECTION INTRA VITREENNE** **OD ANTI VEGF**

LE JEUDI 05 MARS 2020 A 8 H

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 RENAULT)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
05 22 25 83 70 - 05 22 25 83 70  
05 22 25 83 70 - 05 22 25 83 70

06 61.33.04.44 - 05 22.25.83.70 / 05 22.25.99.87 / 05 22.23.30.53 : 82, Rue Soumaya (Immeuble Fiat - Jeep) 2<sup>ème</sup> 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

Casablanca le : 05/03/2020

Nom & Prénom : MR JALIL MOHAMED

Date d'entrée : 05/03/2020

Date de Sortie : 05/03/2020

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  
Ophtalmologiste  
82, Rue Soumaya Palmiers - Casablanca  
Tél: 05.22.23.33.77 - 05.22.25.83.70  
05.22.25.83.70

CLINIQUE AL MADINA ②  
FACTURATION  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Al: 05.22.25.83.70  
Fax: 05.22.25.83.01

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 05/03/2020 Heure 08h00  
Nom et Prénom du patient Mr JALIL Mohamed Age \_\_\_\_\_  
N° CIN du patient ou du tuteur B 46156  
Adresse 97 RUE SOCRATE MARIJF CASA  
Téléphone 0670566416  
Personne à contacter en \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
cas d'urgence  
Médecin traitant Dr 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 05/03/2020 Heure \_\_\_\_\_  
Durée d'hospitalisation 1/2 journée  
Nom & Prénom + Signature Mr JALIL Mohamed



## F A C T U R E

N° : 2705 B / 2020 du 05/03/2020

IVT AVASTIN OD

Nom patient **JALIL MOHAMED**  
**PAYANT**

Entrée 05/03/2020

Sortie 05/03/2020

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
<b>Total Clinique</b>				<b>1 400,00</b>

DR. CHELLY CHAFIK (ophtalmo)	1,00		1 600,00	1 600,00
			<i>Sous-Total</i>	1 600,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS

Total 3 000,00

**Dr. Chelly Charik**  
 Ophtalmologiste  
 82, Rue Souk el Khmimel - Casablanca  
 Quartier Palmiers - 05 22 25 83 70  
 Tél: 05 22 25 83 53 - 05 22 98 47 84

**CLINIQUE AL MADINA**  
 FACTURE  
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
 Quartier Palmiers - Casablanca  
 Tél: 0522.77.71.40 à 49 (L.G.)  
 Fax: 0522.25.00.01