

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.

Diagnostique 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 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- 060772

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : N° D. 33270

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Zohir Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-060772

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Diologie 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 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- 056137

☐ 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 :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JALIL Mohamed Age :

Lien de parenté : ☐ lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Dentaire

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 : 12 / 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
07/07/2020	Injection	1	Frais Medecin 1600	
12/07/2020	OG		Frais Clinique 1400	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Abbaaf Rue Sidi Mouch Casablanca - Tél: 0522 25 22 99	07 03 2020	45,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

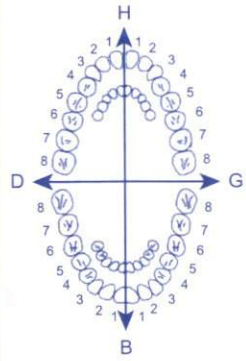
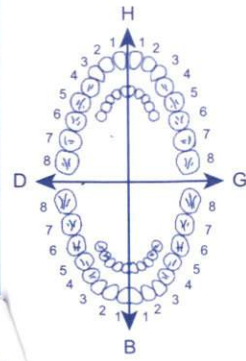
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div> B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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"/>

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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

7 mars 2020

Monsieur JALIL Mohamed

INJECTION INTRA VITREENNE **OG ANTI VEGF**

— LE JEUDI 12 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 FIAT - Casablanca
05 22 25 83 70

NE PAS ETRE A JEUN

82, زنقة سومية (عمارة فيات - جيب) الطابق الثاني - حي Soumaya - Casablanca - 05 22 25 83 70 / 05 22 25 99 87 / 05 22 23 30 53 : 06 61 33 04 44 : مستعجلات - 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

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

7 mars 2020

Monsieur JALIL Mohamed

45,90
N.S.
- CILOXAN COLLYRE

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



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
406434

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Boudia - Maarif
Casablanca - Tél: 0622 25 2

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble Fiat - Jeep)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.23.30.53 / 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 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 12/03/2020

Facture

NOM ET Prénom : M. JALIL Mohamed
opération chirurgicale : injection
vitre Vitre (00)

HONORARE chirurgien : ₪ 160000.

La présente facture est annexée à la
feuille de Ville sise cent DH

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya Immeuble RENAULT
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.23.30.53 / 05.22.25.99.87 / 05.22.23.30.53
06.61.33.04.44

FACTURE

N° : 3069 B / 2020 du 12/03/2020

IVT AVASTIN OG

Nom patient **JALIL MOHAMED**
PAYANTEntrée 12/03/2020
Sortie 12/03/2020

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

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

Casablanca le : 12/03/2020

Nom & Prénom : MR JALIL MOHAMED
Date d'entrée : 12/03/2020
Date de Sortie : 12/03/2020
Médecin traitant: DR CHELLY CHAFIK

DIAGNOSTIC: Injection intra-vitréenne OG

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.

CLINIQUE AL MADINA ②
Angle Rue Mohamed Bahi 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 12/03/2020 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 12/03/2020 Heure _____
Durée d'hospitalisation 1/2 journée
Nom & Prénom + Signature JALIL Mohamed