

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Education :

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.

Prothétique :

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

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

N° D :

33270

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2545

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zohra 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 ADHÉRENT

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.

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.

Éducation :

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.

Prothésiste :

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- 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 CASAB

Tél. : 0670566416

Total des frais engagés :
Ophtalmologue

Dhs

Cadre réservé au Médecin

2 Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.23.30.53 - 05 22 25 83 70
05 22 98 47 84

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

Daouane

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) :

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
27/03/2020	Injection	a	gratuit	
12/03/2020	OG		Frais Médecin 1600	
			Frais clinique 1400	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>lachamie BAPTISTE Pharmacie Alhambra Rue Soult - 13000 Marseille</p>	07/03/2023	45,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 - Quartier des Palmiers - Casablanca
05 22 25 83 70

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 العينية
عدسات النظر
فحص الشبكة بالأشعة
علاج بالليزر
جراحة قصر النظر

7 mars 2020

Monsieur JALIL Mohamed



- CILOXAN COLLYRE

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



Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Achraf
Rue Soumaya - 10000 Casablanca - Tél: 0522.25.83.70

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologue
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
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 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 12/03/2020

Facture

Nom et Prénom : Mr JALIL Mohamed
opération chirurgicale : injection
intraveineuse (IV)

Honoraire chirurgien : ₣ 1600Dhs.

La présente facture est payable à la
faveur de Mille six cent Dhs

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05.22.23.30.30 - 05.22.25.83.70

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
<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

CLINIQUE AL MADINA (2)
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 0522.77.77.40 à 49 (LG) / 05.22.25.00.02
 Fax: 0522.25.00.01 - Casablanca - E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°: 1007171 - Patente : 34782425

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.



BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIEDate d'entrée 12/03/2020 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 12/03/2020 Heure _____Durée d'hospitalisation 1/2 journéeNom & Prénom + Signature JALIL Mohamed