

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº W19-429474

ND: 35630

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00858		Société : Roffalo	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAKIB YOUSSEF			
Date de naissance : 06 / 02 / 1948			
Adresse : 101 ADDIAR AL SADIDA RUE 1 N°6 CASABLANCA CHOCK			
Tél. : _____		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Doktor CHAKIB Ophtalmologue 32 Rue Soumaya (l'immeuble Renault) Casablanca 25 83 70			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Mr CHAKIB Mohamed HASS			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection osكارس les			
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

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
15/10/20	Echographie	1000	1000	
22/10/20	CS (CPA)	100	100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		32, RUE DE LA CHAPELLE - 75017 PARIS Télé: 05 22 22 30 84

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/10/20	B	150,00 HT
		160	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

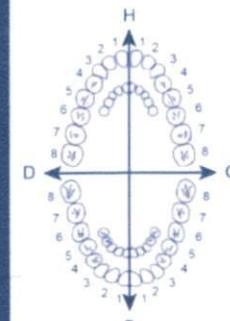
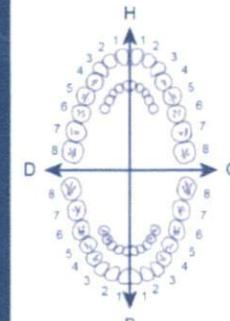
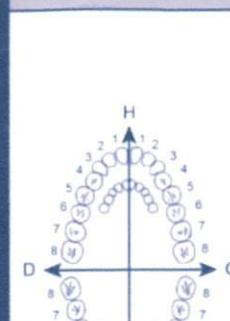
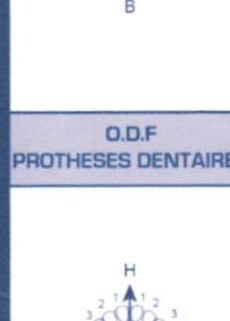
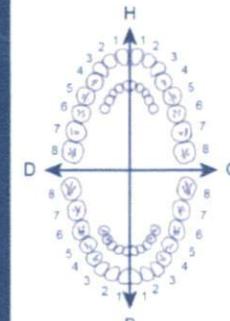
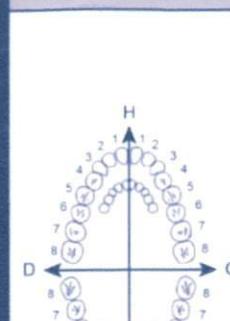
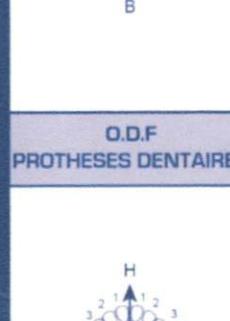
VOLET ADHÉRENT

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 canalaire, 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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 G 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 Réfractive

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

15 juin 2020

Monsieur CHAKIB Mohamed

ECHOBIOMETRIE OD

— LE LUNDI 15 JUIN 2020 A 10 H

AU CABINET

NE PAS ETRE A JEUN

*Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
32, Rue Soumaya - Immeuble RENAULT
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22.25.83.70 - 05 22.25.83.70
05 21.08.47.64*

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

15/06/2020

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

Facture

Nom ET Prénom : Mr CHAKIB
Mohamed

Examen Réalisé : Echobiométrie
OD

Honoraire Clinique : ₦ 500DH

(La présente facture est arrêtée à)
la somme de cinq cent DHs

ICE: 001746480000038

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22.25.83.70 / 05 22.25.99.87 / 05 22.23.30.53 : (05 22.25.83.70 / 05 22.25.99.87 / 05 22.23.30.53 - Urgences : 06 61.33.04.44

زنقة سومية (عمارة فياط - جب) الطابق الثاني هي النخيل - الدار البيضاء - (05 22.25.83.70 / 05 22.25.99.87 / 05 22.23.30.53 : 06 61.33.04.44
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 بالأشعة

علاج بالليزر

جراحة قصر النظر

15 JUIN 2020

Monsieur CHAKIB Mohamed

BILAN PRE-OPERATOIRE :

INPE: 093061596
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
Quartier Omane - Aim Chot - CASABLANCA
N°2, Bd BI Qods, Résidence BI Qods
Dr. Houda Othmani - Biologiste
LABORATOIRE OTMANI D'ANALYSES
MEDICALS

BILAN BIOLOGIQUE :

- glycémie à jeun
- urée sanguine
- TP
- TCK

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble Fiat - Jeep) 2^{ème} Etage Quartier des Palmiers - Casablanca
Quarter des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 21 22 11 - 05 22 25 83 71
05 22 21 22 39 47 04

Dr. Houda Othmani - Biologiste
MÉDICALS
LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES

INP: 093061596
 Tel: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39 - E-mail: othmanilaboratoire@gmail.com
 N°2 Rés E1 Goods, Bd E1 Goods Quartier Omaïta, Ain Chock - Casablanca
 Tél: 0622212211 - Fax: 0522212239 - E-mail: othmanilaboratoire@gmail.com
 N°2 Rés E1 Goods, Bd E1 Goods Quartier Omaïta, Ain Chock - Casablanca

Analyses	Unité en B	Montant
Taux de Prothrombine	40	53,60
Temps de Céphaline ActiVé	40	53,60
Glycémie à jeun	30	40,20
Ures	30	40,20
Total B	140	187,60
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		150,00

N° facette : 2020-2695
 Edité le : 16/06/2020
 Patient : Mr. CHAKIB Mohamed
 Date prélèvement : 16/06/2020
 N° Dosser : 130120622

FACTE



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثمانی للتحاليل الطبية

(Hématologie - Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie-virologie - Hormonologie - Spérmologie)



Casablanca, le 16/06/2020

Dossier N° : 130120622 Pvt du: 16/06/2020 6:54

Nom : Mr CHAKIB Mohamed

Age : 72 ans

Demandé par Dr : CHELLY CHAFIK

Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine
(Technique : Coagulation/START Max,Stago)

Valeurs Usuelles : 88 % (70 - 100)

Antériorité

Temps de Céphaline Activée
(Technique : Coagulation/START Max,Stago)

Temps du Témoin : 30 sec
Malade : 30 sec

BIOCHIMIE

Glycémie à jeun : 1,21 g/l (0,7 - 1,1)
Résultat contrôlé : 6,72 mmol/l (3,88 - 6,1)

Valeurs Usuelles

Antériorité

Urée : 0,21 g/l (0,2 - 0,5)
3,50 mmol/l (3,33 - 8,33)

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Laboratoire OTHMANI d'Analyses Médicales
Dr Houda OTHMANI - Biologiste
N° 2, Bd El Qods, Résidence El Qods,
Quartier Omariya, Casablanca
Tél : 05 22 21 22 11 - Fax : 05 22 21 22 39

FACTURE

N° : 5742 B / 2020 du 22/07/2020

CPA

Nom patient CHAKIB MOHAMED Entrée 22/07/2020
PAYANT Sortie 22/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CPA	1,00	150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00
Total Clinique				150,00

DR. BENLAMLIH ABDELJALIL (anesthesiste)	CPA	1,00	150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00



CLINIQUE AL MADINA
 Angle Rue Med Bahi et Rue Mansar
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05.22.25.00.02
 ③