

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.

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- 049071

ND: 44808

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5123 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve FARHIA Abdellah

Nom & Prénom : FATHEDDINE Chama

Date de naissance : 1946

Adresse : Tarradont

Tél. : 06.62.49.7026 Total des frais engagés : 6500,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2020

Nom et prénom du malade : FATHEDDINE CHAMA Age :

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

Nature de la maladie : opérée de cataracte de l'œil droit

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) :

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 Honoraires
01/10/2020	CHIRURGIE	1	Frais Clinique Frais Médical ANESTHÉSIE	2000 2000 2000

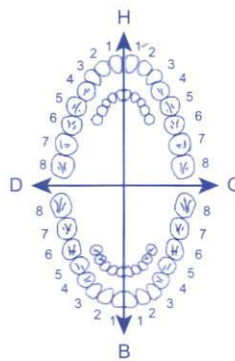
[illegible][illegible][illegible]

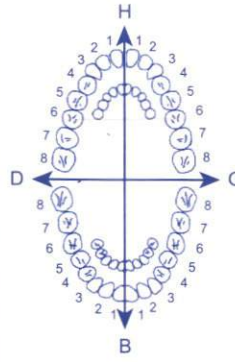
ADINA 2
FIGION
Rue Mansard
Casablanca
01 49 (L.G)
Important :
S. 0012

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS			
		DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION					

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
		00000000	00000000															
		35533411	11433553															
		B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																
		DATE DU DEVIS																
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Casablanca, le 01/10/2020

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur BELLAMLIH ABDELJALIL

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mr / Mme / Melle FATHEDDINE CHANA

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires pour

cataracte OD

S'élevant à la somme de # 200 # DHS

deux cent Dirhams

Cachet et Signature

Dr. BELLAMLIH ABDELJALIL
Anesthésiste - Réanimateur

Casablanca, le 01/10/2020

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur LAHBABI MEHDI

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mr / Mme / Melle FATHEDDINE CHAMA

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires pour

cataracte. OD

S'élevant à la somme de # 200 # DHS

deux cent Dirhams

Cachet et Signature

Dr Mehdi Lahbabi
Anesthésiste Réanimateur

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 01/10/2020

Fatheddine Chama Phe confidentiel.

DC: cataracte de l'œil droit

une chirurgie par phaco
émulsification + implant

K: 130

01: Jean

الدكتور المرواني مصطفى
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
51، شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة "Q" الطابق السفلي الألف - الدار البيضاء
الهاتف: 06 61 31 15 58 - 05 22 89 75 38

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le :

01/10/2020

Fatme d'ine
chama

Moté d'honorarie

DC: cataracte de l'oeil Droit

tt: une cure chirurgicale par
phaco émulsionification + Intraul

K - 130

Frais Redain

45000H

quatre mille cinq cents
dinars

FACTURE

N° : 8528 B / 2020 du 08/10/2020

CATARACTE OD

Nom patient FATHEDDINE CHAMA

Entrée 01/10/2020

PAYANT

Sortie 01/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1.00		400.00	400.00
BLOC OPERATOIRE	1.00		1 200.00	1 200.00
			Sous-Total	1 600.00
Total Clinique				1 600.00

DR. EL MAROUANI MUSTAPHA (ophtalmologue)	1.00		4 500.00	4 500.00
DR. BELLAMLIH ABDELJALIL (anesthésiste)	1.00		200.00	200.00
DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste)	1.00		200.00	200.00
			Sous-Total	4 900.00
Total Autres prestations				4 900.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total 6 500.00

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

الدكتور المرواني مصطفى
 اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
 51، شارع واد درعة الألف، الدار البيضاء
 الهاتف: 0661 31 15 58 - 0522 89 75 38

CLINIQUE AL MADINA

SERVICE OPHTALMOLOGIE
CHEF DE SERVICE : Docteur ZAFAD RACHID

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mr. FATHEDDINE CHAMA	
Date d'entrée: 01/10/2020	Diagnostic : Cataracte de l'œil droit
Date de Sortie: 01/10/2020	Traitement : Cure de cataracte

Rappel :

Opérateur : DR MAROUANI MUSTAPHA
Anesthésie : DR LAHBABI MEHDI

Anesthésie locale
Intervention :

Cataracte de l'œil droit

- Désinfection à la bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sac conjonctivaux de 3 mn.
- Pose d'un champ autocollant stérile.
- Désinfection de la conjonctive à la Bétadine ophtalmologique.
- Incision cornéenne supérieure tunnelisée de 2,4mm.
- Capsulorhexis.
- Hydrodissection.
- Incision porte de service.
- Phacoémulsification en croix.
- Ablation des masses.
- Puissance de l'implant : OCUFLEX +22.00 dioptries.
- Aspiration du 0 viscoat.
- Hydro-suture.
- Incision auto étanche.
- Pommade antibiotique/anti inflammatoire.
- Pansement.

CLINIQUE AL MADINA ②
FACTURATION
Angle Rue Med-Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.S)
Fax: 0522.25.00.01

الدكتور مصطفى
إختصاصي في أمراض العيون
51. شارع واد درعة الأنفة، الدار البيضاء
الهاتف: 38 75 89 0522-06 31 15

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée... 01/10/2020... Heure... 08h00...

Nom et prénom du patient: ... FATHEDDINE CHAMA ... Age.....

N° CIN du patient ou du tuteur :

Adresse:

Téléphone :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Téléphone :

Médecin traitant : ... EL MAROUANI MUSTAPHA ...

Durée prévue d'hospitalisation : ... 1 j ...

Motif d'hospitalisation : ... Ven 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

Signature

Partie à compléter à la sortie :

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansara
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.25.00.01

Date de sortie... 01/10/2020... Heure

Durée d'hospitalisation... 1 j ...

Nom & Prénom+Signature... FATHEDDINE CHAMA ...