

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5123

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : Veux e FARI + Abdellah

Nom & Prénom : FATHEDDINE chama

Date de naissance : 1946

Adresse : Taroudant

Tél. : 06.62.49.70.26

Total des frais engagés : 6500,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2010

Nom et prénom du malade : FATHEDDINE CHAMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : opération de la glande 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) :

Casablanca, le 01.10.2020

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur

BELLAMLIH ABDELJALIL.

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mr / Mme / Melle

FAHEDDINE 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

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 Lahabbi
Anesthésiste Réanimateur

- 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 المرولاني مصطفى

اختصاصي 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 Phè confidentiel.

DC: caténaire de Neel. Drait

AT: une chirurgie de paraphtosis
émulsification + implant

IK: 130

Q1: Jeu

الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
شارع واد درعة 54، الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 89 75 38

066 31 15 58

Docteur El Marouani Mustapha
OPHTHALMOLOGISTE
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 المروانى مصطفى
اختصاصي أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - الليزر

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

Casablanca, le : 01/10/2020

Fathe d'une
chamée

Môle d'hanceranie

DC: calanade de l'œil Droit

tt: une cure Pimigicale par
phaco emulsification + Implant
OD

K. 130

Frais Néodain

4 500 DH

quatre mille cinq cents

إختصاصي أمراض وجراحة العيون
طبيب واد درعة (قرب مجموعه Q) - الدار البيضاء
العنوان: 54، RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 75 38
الهاتف: 05 22 89 75 38 - 06 63 73 04 95 • E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

FACTURE

N° : 8528 B / 2020 du 08/10/2020

CATARACTE OD

Nom patient FATHEDDINE CHAMA
PAYANTEntrée 01/10/2020
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
			<i>Sous-Total</i>	1 600.00
			Total Clinique	1 600.00
DR. EL MAROUANI MUSTAPHA (ophtalmologue)	1.00		4 500.00	4 500.00
DR. BELLALIY ABDELJALIL (anesthesiste)	1.00		200.00	200.00
DR. LAHBABI MEHDI (anesthesiste)	1.00		200.00	200.00
			<i>Sous-Total</i>	4 900.00
			Total Autres prestations	4 900.00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>				
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

دكتور المدینة
الخاصي في أسرار وجرعات العين
ن. 51
الهاتف: 0522.89.75.38
0661.31.15.58-0522.89.75.38
الدار البيضاء

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	Traitemennt : 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
 Angle Rue Med-Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
 Fax: 0522.25.00.01

دكتور
 بخصائي في الجراح وعيادة المuron
 الهات: 0522.89.75.38
 العنوان: 31 ش 58 - 0522.89.75.38
 البريد الإلكتروني: contact@clinique-almadina.ma

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 01/10/2002 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 MAROANI MUSTAPHA

Durée prévue d'hospitalisation : 15

Motif d'hospitalisation : Varicose

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 Ben et Rue Mansaré
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.25.00.51

Date de sortie 01/10/2002 Heure

Durée d'hospitalisation 15

Nom & Prénom+Signature FATHEDDINE CHAMA