

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	adhésion@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.

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° W21-723463

152899

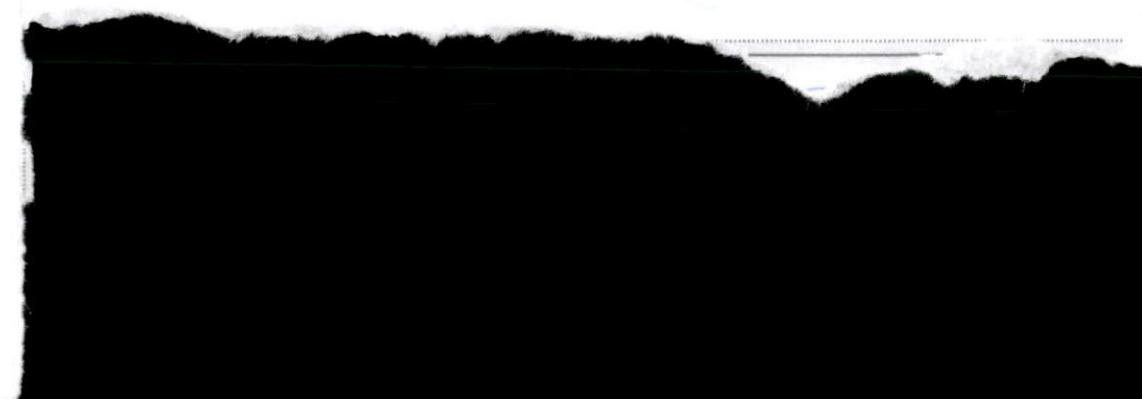
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6937	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSAKKXI M. M. Fakir			
Date de naissance : 23/11/1968			
Adresse : m 7 n 20 k 17 Rue 11 n 68			
Tél. : 066 105 21 45 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : ESSAKKXI M. M. Fakir Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : injection intra-vitienne AD			
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 : 13 MAR 2023 Le : 1/1/2023

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
07/05/2023 20780	U40		12000,00	INP : 034411944

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ARMACIE CHOUAIB Driss L'AHLOU Diplôme de pharmacien Soc. N° 103 33	23/03/2023	253,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed ZIDI

Ophthalmologist
Specialist of Diseases and Surgery of the Eye

CHIRURGIE VITRÉO-RETINIENNE

Diplomé des Universités de Médecine de Paris

Ancien Interne du CHNO des Quinze-Vingts

Ancien Assistant Spécialiste des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Européenne de Rétine

Mr. ESSAKNI Mostafa
OCT - Angiographie (Hud-HCO) - Ultrasound



الدكتور محمد الزيدي

الاختصاصي في أمراض و جراحة العين

جراحة الشبكية

CNOC

07 mars 2023



A instiller dans l'œil DROIT

2760

- Chibrocadran, collyre :



Une goutte 3 fois par jour pendant 2 semaines.



4590

- Ciloxan , collyre :



Une goutte 4 fois par jour pendant 10 jours



17900

-Optive fusion , collyre :



Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.



En cas d'urgence (douleur, baisse de la vue ou rougeur), veuillez contacter :

> 7h-19h : 0522234989

>19h-7h : 0616160864 ou 0623247489

25350

DR ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Ouchy - Casablanca
Tél. 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

PHARMACIE CHOUHADA
Distributeur Exclusif
Pharmacien Sidi - Cie Marabout
1 N° du N° 1 - Casablanca
05 22 23 49 87 Fax 05 22 23 49 86 C





CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNOC •



F A C T U R E

N° **2 313** / 2023 du **07/03/2023**

Nom patient	ESSAKNI MOSTAFA	Entrée 07/03/2023	Sortie 07/03/2023
Prise en charge	PAYANT		

DR. ZIDI MOHAMED (OPH)

INJECTION INTRA-VITREENNE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
INJECTION INTRA-VITREENNE	1.00	k40	2 000.00	2 000.00
Total			Sous-Total	2 000.00

Total général **2 000.00**

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX MILLE DIRHAMS

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	2 000.00				2 000.00	0.00

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28 Angle des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG • Fax: 05 22 23 49 87 • E-mail: cliniquenour01@gmail.com



INPE 090060914



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNO •



mardi 07 mars 2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur : Dr ZIDI Mohamed

Patient : Mr. ESSAKNI Mostafa

Injection intra-vitréenne de kénacort de l'oeil droit

Désinfection à la bétadine de la peau péri-oculaire 3 mim

Mise en place du champ stérile

Mise en place de stériflip sur les cils

Mise en place du blépharostat

Repérage du point d'injection du limbe supérieur de 4 mm

Injection de 0,1 cc fractionnée de kénacort en intra-vitréen

Pommade tobradex

DR. ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés, Oasis, Casablanca
Tel: 05 22 23 49 87 / 05 22 23 49 87



INPE 090060914

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

5 Date de consultation et état du malade :

07/03/23

6 Renseignements cliniques sommaires :

Injection intra-vitréenne de l'O **D**
K40

**7 Traitement envisagé correspondant à la
Cotation indiquée sur le bulletin d'information
Demande d'entente préalable (si possible nombre des actes)** 09

Injection intra-vitréenne de l'O **D**
K40

8 Durée prévisible du traitement :

A Casa LE 07/03/23

Signature

DR. ZIMI MOHAMED
CLINIQUE IRIB D'ORTHALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmeriers et Route
des Facultés O.R.T. AL CASABLANCA
Tél: 05 22 23 49 89 (G / Fax: 05 22 23 49 87)



CLINIQUE NOUR OPHTHALMOLOGIE CASABLANCA

28 ANGLE RUE DES PALMIERS ET ROUTE DES FACULTES

OASIS CASABLANCA

TEL : 0522 23 49 87 FAX : 0522-23 49 87

CASABLANCA



• CNOC •

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **ESSAKNI MOSTAFA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **ZIDI MOHAMED**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **07/03/2023**

Date sortie **07/03/2023**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : LOUBNA A

07/03/2023 10:56

2313/23



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 87 • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

28, زاوية زنقة التحيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

روم مص : 090060914 • الباتن : 34751148 • تج : 40143077 • صورج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058: وكالة محج 2 مارس • التعرف البنكي : 007 780 000122700000605 67