

## ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- 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.

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

- 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.

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

- 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.

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

■ La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

**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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

Nº W21-723463

463  
152899

☐ Maladie☐ Dentaire☐ Optique☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

... Société : ...

☐ Actif☒ Pensionné(e)☐ Autre

Nom & Prénom :

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 :

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 pl 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

12 MAR, 202

# 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 Actes
07/05/2023	380780		2000,00	INP : 03/04/2024
	u40			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.23	253,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

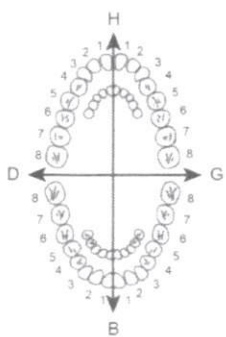
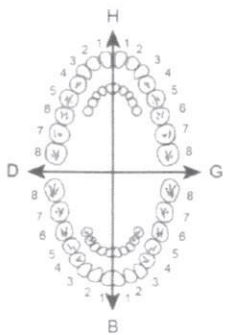
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Mohamed ZIDI

Ophthalmologiste  
Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

## CHIRURGIE VITRÉO-RETINIENNE

Diplômé 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  
OCT - Angiographie (Fluo-4/CC) - Laser photocoagulation

Mr. ESSAKNI Mostafa



CNOC



07 mars 2023

# الدكتور محمد الزيدي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

## جراحة الشبكية

خريج جامعات الطب بباريس  
جراح سابق بمستشفيات باريس  
عضو الجمعية الأوروبية للشبكية  
تصوير الشبكية - الليزر - الفحص بالصدى

A instiller dans l'œil DROIT

2860

- 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'OPHTHALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

صيدلية النخيل  
PHARMACIE CHOUHADA  
Diplôme de Paris  
Pharmacie Sothema - Cite Montreuil  
N° 1 du N° 1 - Cite Montreuil  
Tél : 05 22 23 49 87 - Fax : 05 22 23 49 87



F A C T U R E

N° 2 313 / 2023 du 07/03/2023

Nom patient	ESSAKNI MOSTAFA	Entrée	Sortie
		07/03/2023	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
			Sous-Total	2 000.00
<b>Total</b>				<b>2 000.00</b>

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



INPE 090060914

28, Angle Rue 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 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

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

روم م.ص 090060914 • الباتنتا : 34751148 • تج : 40143077 • ص.م.ش : 8282733 • 002782953000058 : التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •



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 mm  
Mise en place du champ stérile  
Mise en place de stérilstrip 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  
Tél : 05 22 23 49 87 / 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue 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 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

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

روم م.ص : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • ت.ج : 40143077 • ص.و.ج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058 • التجاري و.ا.فا.ب.ن.ك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

**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'OD  
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'OD  
K40

**8 Durée prévisible du traitement :**

A Casa LE 07/03/23

**Signature**

*Dr. Zine Mohamed*  
CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Ingénieurs et Route  
des Facultés, Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 89 LG / 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 89 FAX : 0522 23 49 87

CASABLANCA

• CNOC •



BILLET DE SORTIE

Nom du patient : <b>ESSAKNI MOSTAFA</b>		
Chambre : <b>NA</b>		
Médecin traitant	<b>ZIDI MOHAMED</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>07/03/2023</b>	
Date sortie	<b>07/03/2023</b>	
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : LOUBNA A 07/03/2023 10:56 2313/23		

FACTURATION  
CLINIQUE NOUR OPHTHALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tel: 05 22 23 49 89



INPE 090060914

28, Angle Rue 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 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

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

007 780 0001227000000605 67 : التعريف البنكي • وكالة محج 2 مارس • 8282733 : ص.م.ش. • 40143077 : تج. • 34751148 : الباتنتا • 090060914 : روممص