

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

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

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

M22- N° 004750 2502
163328

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6641 Société : R. A. M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAHABI Abderrahmene

Date de naissance : 1951 - EL Jadida

Adresse : 10. Rue Mikheil Nouoima - Apt. 10 Casablanca

Tél. : 0619863521 Total des frais engagés : 2545.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/06/2023

Nom et prénom du malade : SAHABI Abderrahmene

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : INJECTION intraveineuse d'IGS.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

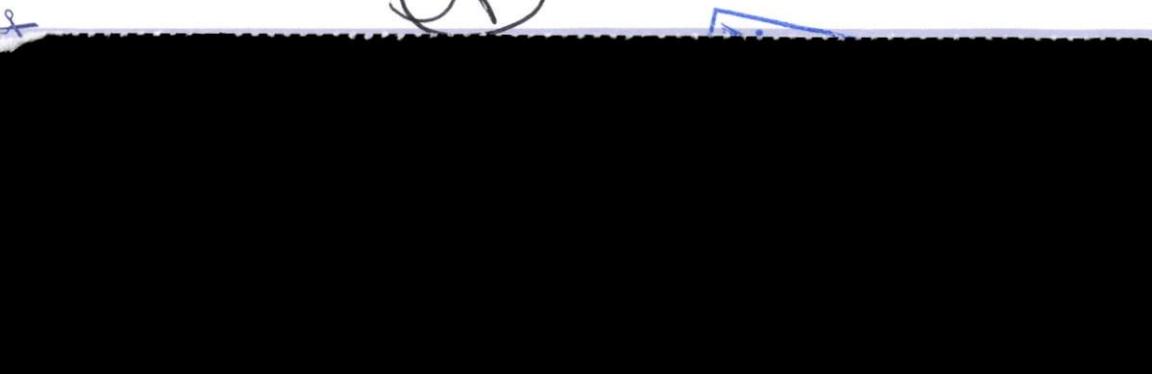
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 27/06/2023

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/la/decin attestant la validité des actes
26/07/03	IVT OG K40	NFC	25000 DT	<p>FACULTATION CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE 28, Angle des Palmiers et Route des Facultés Quasis - Casablanca PR : PEC Tel. 05 22 23 49 89 LG / Fax. 05 22 23 49 87</p> <p>ADIL WAHIDY Ophtalmologiste</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/04/23	45,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

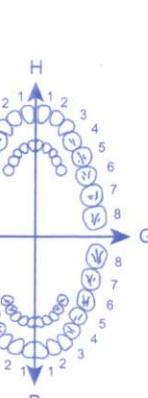
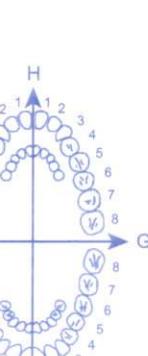
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				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														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصححة النور العليون

Tr. Sahabri Alde mahu

45,90

1) *Ciboscon collyre*

S.V.

1 gth x 5%

PDS 5/20



Dr. Adil WAHIBY
Ophthalmologe
Abderahmanen Center
Angle Bd. Anouar 23
23mc State No 11
Tel.: 0322-21.10.10
Fax: 0322-21.10.35

25. Route des Facultés (ex. Route El Jadida)

Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél : 05 22 23 49 89 | G. - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquepour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.E : 40143077 - CNSS : 828273

I.C.E. : 001685652000087

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 6



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقاً)
تحذئة كنون - المذنب - الراي النهضاء

الإساتذة - 05 22 23 49 89 LG - الفاكس 05 22 23 49 87

البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

التعاري وافا بنك : وكالة محج 2 مادس - التعریف البنكی : 007 780 0001227000000605 67 AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB :



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



F A C T U R E

N° **3 781** / 2023 du **26/04/2023**

		Entrée	Sortie
Nom patient	SAHABI ABDERAHMANE	26/04/2023	26/04/2023
Prise en charge	PAYANT		

DR. WAHIDY ADIL (OPH)

INJECTION INTRA-VITREENNE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE IVT OG	1,00		1 000,00 DH Sous-Total	1 000,00 DH 1 000,00 DH
Total Frais Clinique				1 000,00 DH
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. WAHIDY ADIL (oph)	1,00 K		1 500,00 DH Sous-Total	1 500,00 DH 1 500,00 DH
Total prestations externes				1 500,00 DH

Total général 2 500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	2 500,00 DH	2 500,00 DH	0,00 DH



INPE 090060914



mercredi 26 avril 2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur : DR WAHIDY ADIL

Mr. SAHABI Abderahmane

Injection intra-vitréenne d'Anti VEGF au niveau de l'oeil gauche

Désinfection à la bétadine 3 mm

Champs malade

Blépharostat

Repérage du poit d'injection du limbe supérieure de 4 mm

Injection de 1,25 mg fractionnée d'AntiVEGF en intra-vitréen

Pommade tobradex

Dr. Adil WAHIDY
Ophthalmologiste
Fakultät für Medizin und
Zentren Center
Angle Bd. Anouar el Bedj 21
2000 Tripoli 2111 Libyen
Tel.: 622-10-5000 0001 48 33 35



INPE 090060914



CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE

OPHTALMO

LOGIE CANADIENNE
NOTE D'HONOR

RAIRES 2008 NOUR 2008

Le : 26/04/2023

Références

3781 / PAYANT

Entrée / Sortie : 26/04/2023 - 26/04/2023

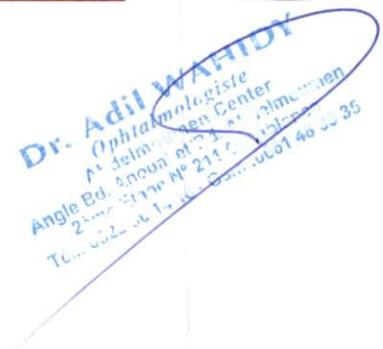
Le Dr. WAHIDY ADIL

présente à Mr SAHABI ABDERAHMANE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 500,00 DH Dhs MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Cachet et signature



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 000122700000605 67

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

5 date de consultation et état du malade :

26/04/2023

6 renseignements cliniques sommaires :

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

8 Durée prévisible du traitement :

A Casa LE 26/04/2023

Signature

Dr. Adil WAHIDY
Ophthalmologiste
Af delm Center
Angle Bd. Aoua et Bd. M. El Mekkaoui
2ème étage N° 2117 - 1000
Tél. 032 361 100 - 032 361 46 22 35



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE 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 : **SAHABI ABDERAHMANE**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **WAHIDY ADIL**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **26/04/2023**

Date sortie **26/04/2023**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : WAFAA A

26/04/2023 08:54

3781/23

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Oasiss PR - PEC - Casablanca
Tél 05 22 23 49 89 LG Fax. 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 • 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 النخيل وطريق الجامعات . الوازيس - الدار البيضاء . الهاتف: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

روهمص: 090060914 • الباتن: 34751148 • تج: 40143077 • صورج: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • وكالة ممحج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 000122700000605 67