

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.

M22- 0015531

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 446 Société : RA M. 204067

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QANDIL FATIMA

Date de naissance : 01 - 01 - 1935

Adresse :

Tél. : 06 66 30 11 59 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/2014

Nom et prénom du malade : QANDIL FATIMA Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : _____

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

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
19/01/2014	Visite d'exploration	1	1000,00	CHU de TUNIS Hôpital de la Maternité et de l'Enfant Casablanca

19/04/24 for Medicin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/11/24	34.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
	25533412
D	00000000
	00000000
	35533411
	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a diagonal arrow labeled 'B' points downwards and to the right. The teeth are arranged in a standard dental layout, with the first molar on the left and the second molar on the right of each arch.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Intitulé :
L'ophtalmique SOTHEMA

CHIBROXINE 0.3%
COLLYRE flacon de 5 ml
AMM MAROC N°34 DMP /21/NCI
PPV 34.10 DH
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° Bouskoura-27182-MAROC

6 118001 070817



AMM MAROC N°34 DMP /21/NCI
PPV 34.10 DH
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° Bouskoura-27182-MAROC

Chibroxine 0.3%
Lot / Fab / %0.3
نسبة 0.3%
نوع / تاريخ الصنع / تاريخ انتهاء الصلاحية

8809
06/2023
06/2026

25197208



Adultes - Enfants

Lauréat de la faculté de médecine de casa

Ex médecin à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Membre de la Société Européenne de la Cataracte et la

Chirurgie Réfractive

Diplôme de Contactologie - Université de Versailles - Paris

الدكتور المصطفى بي

أخصائي طب و جراحة العيون

كبار - أطفال

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت-البيضاء

عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة الساد (الجلالة)

و الجراحة الإنكسارية

دبلوم العدسات اللاصقة جامعة فرساي باريس

Casablanca, le : 19/04/24

الدار البيضاء في :

Mr Qarwiz Fathim



31/04 chlroxim Cellym

1fenth x 31j x 3j



Dr. BY ELMUSTAPHA
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Des forces Auxiliaires
N° 8, Bournazel - CASA

شارع القوات المساعدة، بورنازيل ، بلوك 5 ، رقم 8 ، الطابق الثاني. (قرب المقاطعة 67 سابقا). الدار البيضاء

Bd des forces auxiliaires, Bournazil, Bloc 5, N° 8, 2ème étage (à côté de l'ex arrondissement 67). Casablanca



05 22 02 37 27



06 50 79 82 23



@elmustapha.by@gmail.com



Casablanca, le :19 avril 2024

الدار البيضاء في :

Mme QANDIL Fatima

DMLA exsudative de l'œil droit nécessitant une injection intra-vitréenne d'ANTI-VEGF .

Honoraires médecin pour une injection intra-vitréenne d'ANTI-VEGF OD :
Mille CINQ CENT dirhams (1500 DH)

Dr By EL MUSTAPHA
OPHTALMOLOGISTE
Bd des Forces
Bournazel
Dr By EL MUSTAPHA
OPHTALMOLOGISTE
Bd des Forces
Bournazel

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

5 Date de consultation et état du malade :

19/04 12094

6 Renseignements cliniques sommaires :

Injection intra-vitréenne de l'O 
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 
K40

8 Durée prévisible du traitement :

A Casa LE 19/04/2024

Signature

Dr By EL MUSTAPHA
OPHTALMOLOGISTE
Bd des Forces Armées
Bourguiba 10000 CASABLANCA



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



vendredi 19 avril 2024

COMpte RENDu OPERATOIRE

Opérateur : DR BY EL MUSTAPHA

Mme QANDIL Fatima

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

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 By EL MUSTAPHA
OPHTALMOLOGISTE
Bd des FAROIS / 1000
BOUFAYEL A. O. 1000



INPE 090060914



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



090060914



F A C T U R E

Nº **4 459** / 2024 du **19/04/2024**

Nom patient	QANDIL FATIMA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	19/04/2024	19/04/2024

DR. BY EL MUSTAPHA (OPHTALMOLOGISTE)

INJECTION INTRA-VITREENNE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE IVT	1.00	K40	1 000.00	1 000.00
			Sous-Total	1 000.00
Total				1 000.00

Total général 1 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000.00				1 000.00	0.00

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

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route des Facultés Oujda - 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 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

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 • الباختة: 34751148 • تج: 40143077 • صورج: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • وكالة مرجع 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67



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 : **QANDIL FATIMA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **BY EL MUSTAPHA**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **19/04/2024**

Date sortie **19/04/2024**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : ZBAIDI

19/04/2024 10:38

4459/24

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28. Angle des Palmiers et Route
des Facultés Oasdis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG Fax: 05 22 27
PR PEC



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

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

رقم مص: 090060914 • الباختنا: 34751148 • تج: 40143077 • صورج: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وافق بنك: وكالة مجمع 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67