

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 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.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-696732

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6937 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSALMI MUSTAFA

Date de naissance : 23.11.1960

Adresse : m 4 B 2011 Rue 11 2267 ap

Tél. : 066/052145 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR ZIDI Mohamed**
CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Oualis - Casablanca
PR : NA
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ESSALMI MUSTAFA Age: / /

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : myopie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué par le médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / / Le : / /

l'adhérent(e) :

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
24/05/2022	25.00 K40		2000.00	INF : 091141

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALI HADJI 253, Av. du N° 1 Tel: 05 22 37 34 11 Fax: 05 22 38 03 52	24/5/22	253.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

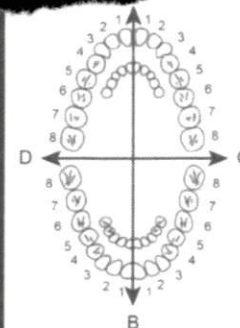
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

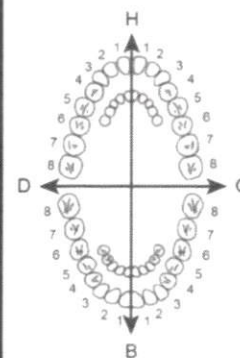
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed ZIDI

Ophtalmologiste

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 / ICG) - Laser - Echographie



CNOC

24 mai 2022

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

Mr. ESSAKNI Mostafa

A instiller dans l'œil DROIT

29,60

- Chibrocadrans, collyre :



Une goutte 3 fois par jour pendant 2 semaines.

45,90

- Ciloxan , collyre :



Une goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

1791

- Optive fusion , collyre :



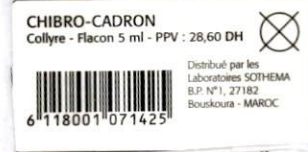
Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.

253150

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

> 7h-19h : 0522234989

> 19h-7h : 0616160864 ou 0623247489



صيدلية الشهداء
PHARMACIE CHOUHADA
Driss EL LOU
Pharmacien Spécialisé Diplômé de Paris
253, Av. du 11 Mars 1963 - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 - Fax: 05 22 23 49 87

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

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



INPE 091141754



N° : **3143** du **24/05/2022**

INJECTION INTRA-VITREENNE

Arrêtée à la somme de :				TOTAL GENERAL		2 000,00 DH
DEUX MILLE DIRHAMS						
Encaissé esp.	Encaissé chèque	Total	Solde			
2 000,00 DH		2 000,00 DH				

PRISE EN CHARGE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Oujda - Casablanca
PR : ZK
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facutés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 36350533 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 001685652000087 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

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

رؤس مھم: 090060914 • البانتا، 36350533؛ تاج: 40143077؛ صوضج: 8282733 • م.ح.ش: 001685652000087 • 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 24 mai 2022

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur : DR ZIDI M

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 des Palmiers et Route
des Facultés Oualis - Casablanca
PR-ZK
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facutés , Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 36350533 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 001685652000087 • 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 • الوائيس - الطريق الجامعات ، زاوية زنقة التخييل وطريق الجامعات ، الوائيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG : الفاكس : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

007 780 0001227000000605 67 : التعريف البنكي : 001685652000087 : التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67 : رقم المس : 090060914 • البانتا : 36350533 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.ش : 001685652000087 : التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

5 date de consultation et état du malade :

24/05/2022

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 24/05/2022

Signature

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

PRISE EN CHARGE
CLINIQUE NOUR-DU-PHARMACIEN
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés - Casablanca
PR : 22
Tél : 05 22 23 40 89 LG / Fax : 05 22 23 40 87

INPE 090060914