

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 ayant 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

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

117672

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6937

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSALNI

MOUSTAFA

Date de naissance :

23/11/1965

2000

Adresse :

33 YOUSSEF

RUE 11 1268 APA

Tél. :

066/052145

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ZIDI Mohamed
 CLINIQUE NOUVEAU DONTALMOLOGIE
 28, Avenue des Palmiers et Route
 des Facultés Ouasisi - Casablanca
 PR : N/A
 Tél : 05 22 23 49 89 LG / fax : 05 22 23 49 87

Date de consultation :

ESSALNI MUSTAFA

Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Registration Ultra Vilnius 2018

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

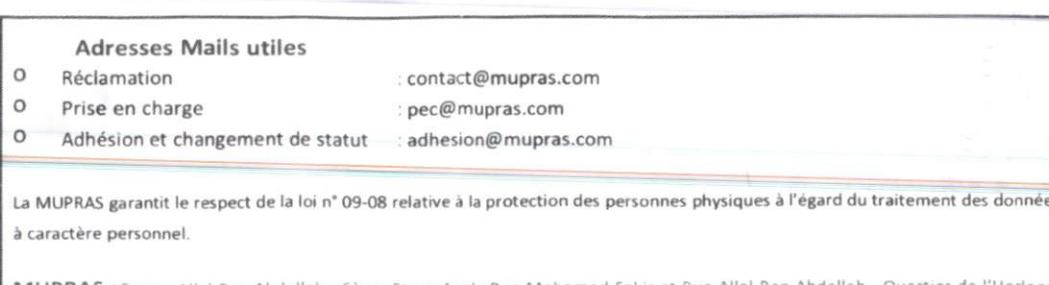
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

l'adhérent(e) :

DR ZIDI Mohamed
 CLINIQUE NOUVEAU DONTALMOLOGIE
 28, Avenue des Palmiers et Route
 des Facultés Ouasisi - Casablanca
 PR : N/A
 Tél : 05 22 23 49 89 LG / fax : 05 22 23 49 87

Le : / /



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
24/05/2022	ZUT END K40		2.000,00	INP : 091141775 DR ZIDI MOAISSE Nouvel Alpin Clinique de la Plaine
				CLINIQUE DE LA PLAINTE Dr. Anouar ZIDI Faculté de médecine et de pharmacie de Paris Tél. 05 22 22 40 00 - Fax. 05 22 22 49 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CHAMPS ELYSÉES Dr. ZIDI Pharmacie 5 ^e arrondissement de Paris - Casablanca 253, AV. DU NE Tél: 05 22 37 34 77 FAX: 05 22 38 05 52	24/05/22	2.535,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

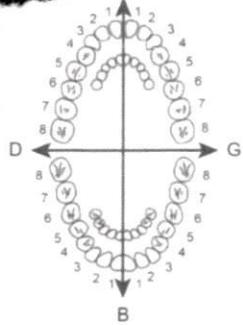
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

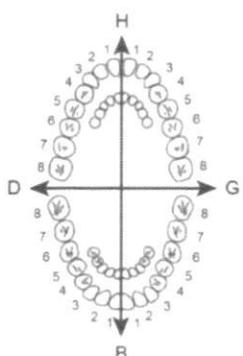
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COUPLIEMENT
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'EXE

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



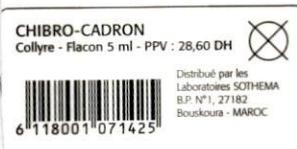
CNOOC 24 mai 2022

Mr. ESSAKNI Mostafa

A instiller dans l'œil DROIT

28,60

- Chibrocadran, collyre :



45,90

- Ciloxan , collyre :



Une goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

17,91

- Optive fusion , collyre :



Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.

25,31

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

> 7h-19h : 0522234989

>19h-7h : 0616160864 ou 0623247489

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

الدكتور محمد الزيدي

الاختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة الشبكية

خريج جامعات الطب بباريس

جراح سابق بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية للشبكية

تصوير الشبكية - الليزر - الفحص بالصدى





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

F A C T U R E

N° : **3143** du **24/05/2022**

Médecin traitant : DR. ZIDI Mohamed

INJECTION INTRA-VITREENNE

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr ESSAKNI MOSTAFA	PAYANT	24/05/22 24/05/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
INJECTION INTRA-VITREENNE	K40	1,00	2 000,00 DH	2 000,00 DH
Sous/Total				2 000,00 DH
Total clinique				2 000,00 DH

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

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

PRISE EN CHARGE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Ouarès - 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 Facultés , 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

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 • البريد الإلكتروني: 001685652000087 • التأمين: 36350533 • تج: 40143077 • م.م.ش: 8282733 • صور: 090060914 • وكالة مرجع 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 mim

Mise en place du champ stérile

Mise en place de stéristrip 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 Quasis - Casablanca
PR : ZK
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

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'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 24/05/2022

Signature

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

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
25 RTE DES FACULTES (EX RTE EL JADIDA) LOT GYNM
MER QASIS CASABLANCA
TEL : 0522 23 49 89 FAX : 0522 23 49 87
CASABLANCA

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

• CNOC •

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : Mr ESSAKNI MOSTAFA

Chambre :

Médecin traitant ZIDI Mohamed

Prise en charge Payant

Date entrée 24/05/2022

Date sortie 24/05/2022

PRISE EN CHARGE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Quasis - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87
PR-7X



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 : 36350533 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 001685652000087 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

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

رقم مص: 090060914 • الباتنّت: 36350533 • تج: 40143077 • صوّضج: 8282733 • م.م.ش: 001685652000087 • التجاري وافق بنك: وكالة مجمع 2 مارس • التعريف البنكي:

رويّم: 090060914 • الباتنّت: 36350533 • تج: 40143077 • صوّضج: 8282733 • م.م.ش: 001685652000087 • التعريف البنكي: