

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0025441

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0912

Société : 776999

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALIL MINA

Date de naissance :

Adresse : Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-025441

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

 الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض <b>Feuille de Soins Maladie</b>		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	Réf. ANAM : 1.2.0.01
	موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مرجع رقم 610-1-02	

## N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : <b>KHALIL Mina</b>	الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : <b>113181318141212181</b>	رقم التسجيل :
N° CIN : <b>1B1411121212121</b>	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>	
Adresse : <b>50 Pot Montanvaki - DAR BOUAZZA - CASA</b>	العنوان :
Montant des frais : <b>3618 Dhs</b>	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins Nom et prénom : <b>KHALIL Mina</b>	المستفيد من العلاجات الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : <b>10/3/1941</b>	تاريخ الازدياد :
N° CIN : <b>1B1411121212121</b>	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : <b>M</b>	الجنس :
INPE et code à barres **	الرقم الوطني الاستدالي والرقم المشفر **

Médecin traitant الطبيب المعالج <b>Dr Reda Mikou</b> Chirurgien Ophtalmologiste 18 Avenue Stendhal - Casablanca SC Tél : (+212) 0522 47 15 94	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية <b>CLINIQUE STENDHAL</b> 18 Avenue Stendhal - Casablanca SC Tél : (+212) 0522 47 15 94 - Fax : 0522 47 15 94
Type de soins :	نوع العلاجات :
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input type="checkbox"/> مرض <input type="checkbox"/>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <b>Casa</b> Le : <b>12/12/2013</b>	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ب : <b>Casa</b> في : <b>12/12/2013</b>
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	تصريح وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins <b>Dr Reda Mikou</b> Chirurgien Ophtalmologiste 18 Avenue Stendhal - Casablanca SC Tél : (+212) 0522 47 15 94

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé) sur les documents de soins ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة أكتاف - ب.ص. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف 080 203 3333  
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent :	تاريخ الاستلام :
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :







البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA  
Le : 15/09/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 138384228

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 18/08/2023

من

au : 18/08/2023

إلى

Destinataire

المرسل إليه

KHALIL MINA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KHALIL MINA											
130802288	22/05/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	500,00	150,00	1.00	2,00	300,00	77,00	18/08/2023	231,00
130802288	22/05/2023	D350	OPHTALMOLOGIE	300,00	225,00	10.00	1,00	225,00	70,00	18/08/2023	157,50
130802288	22/05/2023	IRM	RADIOLOGIE	2400,00	2200,00	1.00	1,00	2200,00	77,00	18/08/2023	1694,00
Total remboursé											2082,50
Total général remboursé											2082,50

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

000138384277



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Page 1 / 1

الصفحة

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 15/09/2023 : بتاريخ

المرسلة إليه

N° d'immatriculation 138384228

رقم التسجيل  
أداءات الفترة

Destinataire

KHALIL MINA

Règlements de la période

du : 18/08/2023 : من  
au : 18/08/2023 : إلى

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des  
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la  
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ALIL MINA											
130802288	22/05/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	500,00	150,00	1.00	2,00	300,00	77,00	18/08/2023	231,00
130802288	22/05/2023	D350	OPHTALMOLOGIE	300,00	225,00	10.00	1,00	225,00	70,00	18/08/2023	157,50
130802288	22/05/2023	IRM	RADIOLOGIE	2400,00	2200,00	1.00	1,00	2200,00	77,00	18/08/2023	1694,00
Total remboursé											2082,50
Total général remboursé											2082,50

ما عدا خطأ أو نسيان

Sauf erreur ou omission

Pour plus d'informations :  
merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة داکار - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73



Casablanca, le 20 Juin 2023

**DR. MIKOU REDA**

**MME. KHALIL MINA**

## COMPTE RENDU

### IRM CRANIO-ORBITAIRE

#### Indication :

Bilan de troubles visuels et parésie du VI droit.

#### Technique :

##### A l'étage cérébral :

- Séquences sagittale T1, axiale T2, axiale T2\*, axiale diffusion, axiale Flair, Fiesta.
- Séquence angiographique : 3D Tof artérielle et 3D veineuse inhans.
- Séquence 3D après injection de gadolinium en écho de gradient.

##### Au niveau orbitaire :

Séquence axiale T1 idéale, axiale et coronale T2 idéale, axiale et coronale après injection de gadolinium en T1 Fat Sat.

#### Résultat :

- Absence d'anomalie de signal ou de rehaussement cérébro-méningée notable aux étages sus et sous tentoriels.
- Elargissement des espaces sous arachnoïdiens au niveau bifronto-pariétal en rapport avec une atrophie corticale bifronto-pariétale.
- Le système ventriculaire est fin et médian.
- Pas de collection péri-cérébrale.
- Pas de stigmates hémorragiques sur la séquence T1 ni T2\*.
- Pas d'arguments en faveur d'une lésion ischémique récente.
- Pas de processus expansif cérébral notable.
- Les structures médianes sont en place.
- Aspect de méga grande citerne étendue sur environ 4 cm de hauteur sans effet de masse sur le cervelet en regard. Elargissement des espaces sous arachnoïdiens au niveau péri-cérébelleux bilatéral.

.../...

**MME. KHALIL MINA**

- Pas d'anomalie morphologique de signal ou de rehaussement notable au niveau du cervelet et du tronc cérébral.
- Aspect de selle turcique vide.
- Pas d'anomalie notable en regard des angles ponto-cérébelleux.
- Pas d'épaississement ni prise de contraste pathologique au dépens des nerfs oculomoteurs.

**Sur les séquences angiographiques :**

- Absence d'image d'anévrisme ou de sténose serrée notable au niveau des artères du polygone de Willis.
- Rehaussement normal des sinus veineux durs.

**Au niveau orbitaire :**

- Absence d'anomalie morphologique de signal ou de rehaussement notable au niveau des nerfs du chiasma et des bandelettes optiques.
- Pas de dilatation significative des gaines optiques.
- La longueur axiale des deux globes oculaires est exagérée en rapport avec un aspect de staphylome bilatéral.
- Pas de processus expansif intra-orbitaire notable.
- Pas d'anomalie morphologique de signal ou de rehaussement notable au niveau des muscles oculomoteurs.
- Intégrité de la graisse intra-orbitaire intra et extra-conique

**Au total :**

- Elargissement des espaces sous-arachnoïdiens au niveau bifronto-pariétal en rapport avec une atrophie corticale modérée.
- Aspect de méga - grande citerne et d'arachnoidocèle (sans valeur pathologique).
- Pas d'anomalie cérébro-méningée notable ni signes d'hydrocéphalie.
- Pas d'anomalie notable sur les séquences angiographiques artérielles et veineuses.
- Aspect de staphylome bilatéral sans autre anomalie orbitaire notable.
- Pas d'épaississement ni rehaussement pathologique notable en regard des nerfs optiques ni oculomoteurs.





البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA  
Le : 15/09/2023

أصدر ب :  
بتاريخ :

Page 1 / 1

الصفحة

N° d'immatriculation 138384228

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 18/08/2023 : من  
au : 18/08/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

KHALIL MINA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des  
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la  
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
KHALIL MINA											
130802288	22/05/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	500,00	150,00	1,00	2,00	300,00	77,00	18/08/2023	231,00
130802288	22/05/2023	D350	OPHTALMOLOGIE	300,00	225,00	10,00	1,00	225,00	70,00	18/08/2023	157,50
130802288	22/05/2023	IRM	RADIOLOGIE	2400,00	2200,00	1,00	1,00	2200,00	77,00	18/08/2023	1694,00
Total remboursé											2082,50
Total général remboursé											2082,50

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma  
www.cnss.ma/Portail/  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمعجب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



912

090063488



## FACTURE

N° 7 391 / 2023 du 26/06/2023

Nom patient	KHALIL MINA	Entrée 26/06/2023	Sortie 26/06/2023
Prise en charge	PAYANT		

### CONSULTATION

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
<b>Total</b>				<b>250,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>250,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	250,00				250,00	0,00

CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal - SC  
Casablanca  
Tél : 0527 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

Dr. Reda MIKOU

Ophthalmologiste

Chirurgie Vitéo-Rétinienne

CLINIQUE STENDHAL

Ancien interne des hôpitaux de France

Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris

Titulaire de l'European Board of Ophthalmology

Diplôme de Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII

الدكتور رضى ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT221115170229

22 mai 2023

Mme KHALIL Mina

Bilan orthoptique

Dr. Reda MIKOU  
Chirurgien Ophthalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail : mikou@cliniquestendhal.com

CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com



090063488



## FACTURE

N° 5 689 / 2023 du 22/05/2023

Nom patient	KHALIL MINA	Entrée 22/05/2023	Sortie 22/05/2023
Prise en charge	PAYANT		

### CONSULTATION

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
<b>Total</b>				<b>250,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>250,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	250,00				250,00	0,00

CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

Mme KHALIL Mina  
DR MIKOU REDA

77 ans et 1 Mois

Compte rendu  
BILAN ORTHOPTIQUE

Interrogatoire:

- Motif de consultation: diplopie en vision de loin.
- Correction optique: OD: Plan (- 1.00 à 25) OG: Plan (- 0.50 à 144)
- ATCD: opérée de cataracte ODG - HTA

Inspection:

RAS - Pas de déviation.

Bilan sensoriel:

- Acuité visuelle:

VL AC OD: 6/10 P2  
OG: 6/10 P2

- Capacité fusionnelle:

\* Au verre rouge: fusion en vision de près et diplopie homonyme conforme à la règle en vision de loin.

\* Au WORTH: fusion en vision de près et diplopie homonyme conforme à la règle en vision de loin.

Bilan moteur:

Oeil directeur: OD

ESE:

SC X'4  
ET6

AC X'4  
ET4

Motilité:

Tableau au verre rouge:

F	F	F
O' à E' T1 à 2	F	F
E' T2	F	F

Motricité oculaire conjuguée

- Fixation: centrique
- Saccade: endurante
- Poursuite: endurante
- RVO: présent.

RDC: Médiocre++

Conclusion:

La patiente KHALIL Mina présente une esotropie à petite angle en vision de loin avec un OD directeur, en effet:

- Sur le plan visuel: une iso acuité visuelle de 6/10 ODG P2
- Sur le plan moteur: une exophorie de 4d de loin et une légère esotropie de 4d de loin

Nous proposons avec votre accord le port de correction optique.

Bien à vous.



7-972

090063488



## FACTURE

N° 5 914 / 2023 du 25/05/2023

Nom patient	KHALIL MINA	Entrée 25/05/2023	Sortie 25/05/2023
Prise en charge	PAYANT		

### BILAN ORTHOPTIQUE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
BILAN ORTHOPTIQUE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total</b>				<b>300,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>300,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal, SC  
Casablanca  
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

912

**Dr. Reda MIKOU**  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitéo-Rétinienne

**CLINIQUE STENDHAL**

Ancien interne des hôpitaux de France  
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris  
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology  
Diplôme de Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Dijon  
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII

الدكتور رضى ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT221115170229

29 mai 2023

**Mme KHALIL Mina**

IRM cerebrale pour Paresie du VI droit

RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614006000058  
111, Bd Anoual  
Tel: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

**Dr. Reda MIKOU**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél: (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail: r.mikou@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél: (+212) 05 22 47 15 94 - Fax: (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail: ophtalmologie@cliniquestendhal.com



Ch. 912

Le 20/06/23

Mme Khalil Rine

**Clariscan™ 0.5 mmol/mL**  
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg  
d'acide gadotérique,  
équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg  
d'acide gadotérique (sous forme  
de sel de méglumine), équivalent  
à 7,5 mmol.  
Excipients : Méglumine,  
tetroxetan (DOTA), eau P.P.I.



EXP: 10-2024  
Lot n°: 16164035

1199457 MAR

418,00

Clariscan 15 mL

PHARMACIE ABOU ZAID  
S.A.R.L.  
Rue 36 N°04, Massifa 2, Bournazel  
Casablanca  
Tél: 0525 70 80 99 - Fax: 0525 71 30 70

INPE  
092001197

Mr. G 12

## FACTURE

N° de l'admission : 23005515 N° Facture : 23005370 Date facturation : 20/06/2023  
Nom et prénom du patient : MINA KHALIL  
Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)  
Traitement : Examen radiologie

Entrée: 20/06/2023 Sortie: 20/06/2023

PRESTATIONS		Nombre	Prix unitaire	Montant
	IRM CEREBRALE			1 920.00
			Sous-Total	1 920.00
PRESTATIONS EXTERNES		Nombre	Prix unitaire	Montant
	DR HABCHAOUÏ SANAA			480.00
			Sous-Total	480.00

### RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN		Taux (%)	Montant	Montant de retenu
	DR HABCHAOUÏ SANAA	10	480.00	48.00
			Sous-Total	48.00

arrêtée la présente facture à la somme de :  
Deux mille quatre cents dirhams

Total : 2 400.00

Part patient 2400.00

Notre compte bancaire :

Adhérent:

Mle

PC N°