

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.



Déclaration de Maladie

M23-0025441

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0912

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHALIL MINA.

Date de naissance :

Adresse :

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 ADHÉRENT

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.

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.

توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء.

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 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier: 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

Date d'arrivée: 1_1_1_1_1_1_1_1_1

 CNSS Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie موافقة مسبقة * Entente préalable *	تنفيذ * Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. ANAM : 1.20.01 مرجع رقم - 610-1-02
--	--	------------------------	---

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **KHALIL Mina**

N° Immatriculation : **11318131814121218**

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint

نوج

Enfant

ابن

Adresse :

50 Lot Montcalm-DAR BOUAZZA-CASA

Montant des frais :

3618 Dhs درهم

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

KHALIL Mina

Date de naissance :

10/13/1991

N° CIN:

18141112912121

Sexe* :

M

ذكر

F

أنثى

INPE et code à barres ..

094468336 Dr Reda MIR Chirurgien Ophtalmologiste 18 Avenue Stendhal - Casablanca SC tel: (+212) 0522 47 15 94 www.mirkouachi.com	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية CLINIQUE STENDHAL 18, Avenue Stendhal, Casablanca نوع العلاجية 0522 47 15 94 - Fax: 0522 47 15 94
Type de soins* Hospitalisation <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Amourue <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à :

Le : **12/01/2012**

ب: **12/01/2012**

في:

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré(e)



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : **12/01/2012**

ب:

في:

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Dr Reda MIR
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
أشطب الخانة المقابلة
لأشطب الخانة المقابلة
لأشطب الخانة المقابلة
لأشطب الخانة المقابلة

Description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	البلغ المفoter Montant facturé	وصف العمليات المجرأة Signature et cachet du Médecin traitant
22/05/23	5		880DH	Dr Reda MIKOU Chirurgien Ophthalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca SC Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com
INPE et code à Barres	091A468336			
89105123 S		gratuit	250 DH	Dr Reda MIKOU Chirurgien Ophthalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca SC Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com
86106123 S				Dr Reda MIKOU Chirurgien Ophthalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca SC Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com
INPE et code à Barres	10934568336			

CIM-10

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	عمليات المساعدين الطبيين Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				
INPE et code à Barres	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	البلغ المفoter Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
25/05/23	12023	Bilan Orthoplique	300,00DH	CLINIQUE STENDHAL 18, Avenue Stendhal - Casablanca SC Tel. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 21
INPE et code à Barres	1093061634881			
20/06/23	8001 CEREBRALE		2400,00DH	INPE et code à Barres 1-DIREC HAMZA DE HAMZAH INPE : 061295770

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
20/06/2023	418,00	PHARMACIE ABOU ZAID S.A.R.L. Rue 36 N°04, Maroc 2, Bournezel Tel. 0522 70 22 84 Fax 0522 71 30 76
INPE et code à Barres		
INPE 092001197		
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



**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
مراجع رقم : 610-2-06

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

Page 1 / 1

صفحة

المرسل إليه

N° d'immatriculation 138384228 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 18/08/2023 : من
au : 18/08/2023 : إلى

Destinataire

KHALIL MINA

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصروف	التعرفة المرجعية	المعامل	الكمية	أصل 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 remboursement	Taux de remboursement %	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 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

مراجع رقم : 610-2-06

صفحة

Page 1 /1

المؤمن

Emis à :	CASABLANCA	صدر ب :	الصفحة
Le :	15/09/2023	بتاريخ :	
Destinataire			المؤمن
N° d'immatriculation	138384228	رقم التسجيل	KHALIL MINA
Règlements de la période		أداءات الفترة	
du : 18/08/2023	من		
au : 18/08/2023	إلى		

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العملية	مهنوب الصحة	مبلغ المصروف	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 remboursement	Taux de remboursement %	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				مجموع مبلغ التعويض				مبلغ التعويض الإجمالي			
				</td							

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-pariéital 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.

Ch 912

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 duraux.

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-pariéital 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.

مل 912



**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 : 610-2-06

	Emis à : CASABLANCA Le : 15/09/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1	الصفحة
N° d'immatriculation Règlements de la période	138384228 du : 18/08/2023 au : 18/08/2023	رقم التسجيل أداءات الفترة من : إلى :	Destinataire 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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه

رقم العلف	تاريخ العلاج	العلفيات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعرية الرجعية	المعامل	الكمية	أسس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الإداء	مبنية التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	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						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
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
او البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
او تطبيق الهاتف
او الاتصال بالمحبب الآلي على الرقم
0522 54 86 73
او الاتصال بمركز الاتصال الى المسمى على الأرقام

N° 912

090063488


F A C T U R E
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
Total				250,00

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

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


CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22 47 15 94 – Fax 05 22 99 34 51
 Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 001754572000095
 R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

9/2/91

الدكتور رضي ميكو
طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية

Dr. Reda MIKOU
Ophtalmologiste
Chirurgie Vitreo-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 Vitreo-Rétinienne - Dijon
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII



PT221115170229

22 mai 2023

Mme KHALIL Mina

Bilan orthoptique

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
13 Avenue Stendhal - Casablanca - Maroc
Tél : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : mikou@cliniques.stendhal.com

CLINIQUE STENDHAL
18 Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 93 34 51

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

090063488


F A C T U R E

 N° **5 689** / 2023 du **22/05/2023**

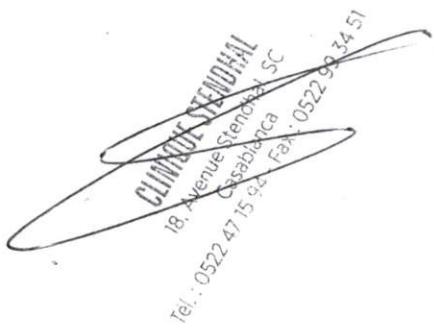
Nom patient	KHALIL MINA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	22/05/2023	22/05/2023

CONSULTATION

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

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

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


 CLINIQUE STENDHAL
 18, Avenue Stendhal Casablanca
 Tel : 0522 47 59 34 51
 Fax : 0522 99 34 51

Ch. 9/12

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 (- 1.00à25) OG: Plan (- 0.50à144)
- 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	AC X'4
ET6	ET4

Motilité:

Tableau au verre rouge:

F	F	F
O'àET1à2	F	F
ET2	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.

17-9.22

090063488



F A C T U R E

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
Total				300,00

	Total général	300,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
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

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51

Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 01754572000095

R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

Dr Reda MIKOU

Dr. Reda MIKOU

Ophtalmologiste

Chirurgie Vitréo-Rétinienne



CLINIQUE STENDHAL

الدكتور رضا ميكو

طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية

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 Vitréo-Rétinienne - Dijon

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



PT221115170229

29 mai 2023

Mme KHALIL Mina

IRM cérébrale pour Paresie du VI droit

RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614005000058
111, Bd Anoual
Casablanca
Tel: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

Dr Reda MIKOU
Ophtalmologiste
Chirurgien Oculoplastique
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

Le 20/06/23

Mme Khalil Rinc

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,
tetroxétone (DOTA), eau P.P.I.



7 037960 644169

EXP: 10-2024
Lot n°: 16164035

1199457 MAR

418,00
Clariscan 15 ml

PHARMACIE ABOU ZAID
S.A.R.L.
Rue 36 N°04, Massita 2, Beurnazel
Casablanca
Tél: 0522 70 90 94 - Fax: 0522 70 70 70

INPE
092001197

M. g 12

F A C T U R E

N° de l'admission : 23005515 N° Facture : 23005370 Date facturation : 20/06/2023

Nom et prénom du patient : MINA KHALIL

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

Traitements : Examen radiologie

Entrée: 20/06/2023 Sortie: 20/06/2023

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

RETIENUE HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenue
			Sous-Total
DR HABCHAQUI SANAA	10	480.00	48.00
			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°