

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0056430

157663

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6937 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ESSAKKI, Mustafa
 Date de naissance : 23/11/1950
 Adresse : MAJOKA Rue 11 2268 Casablanca
 Tél. : 066/052145 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MUSTAFA Age:
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Injection inf. Vénérienne
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant
PHARMACIE IBNOULKHATIB CASABLANCA 229 Avenue 10 Mars Tél: 05 22 37 13 86 ICE: 0017838220138	24/03/23	179100

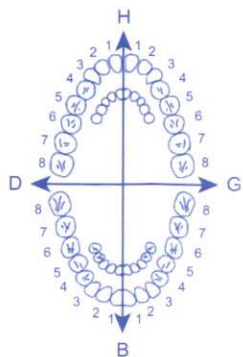
[illegible][illegible]

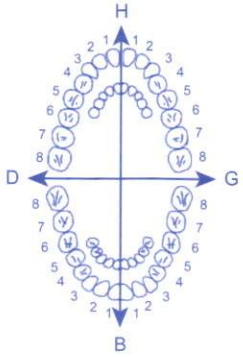
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

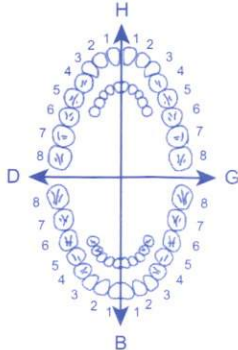
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	D 25533412 00000000 00000000 35533411 H 21433552 00000000 00000000 11433553 G B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
						CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
							MONTANTS DES SOINS	
							DEBUT D'EXECUTION	
						FIN D'EXECUTION		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	G										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
	DATE DU DEVIS											
	DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed ZIDI

Ophthalmologiste
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

Mr. ESSAKNI Mostafa



CNOC



21 mars 2023

الدكتور محمد الزيدي
اختصاص في أمراض وجراحة العيون

جراحة الشبكية

خريج جامعات الطب بباريس
جراح سابق بمستشفيات باريس
عضو الجمعية الأوروبية للشبكية
تصوير الشبكية - الليزر - الفحص بالصدى

A instiller dans l'œil gauche

- Chibrocadran, collyre :

Une goutte 3 fois par jour pendant 2 semaines.

- Ciloxan , collyre :

Une goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

179100
-Optive fusion , collyre :

Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.



PHARMACIE IBNOULKHATIB Casa
229, Avenue 10 Mars
Sidi Othman
Tél.: 05 22 37 13 86
ICE: 001788829000051

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
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés - Casablanca
PR : ER
Tél.: 05 22 23 49 89 LG Fax: 05 22 23 49 87



INPE 091141754

recipients unitidos de 0,4 ml

Euro medic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

Optive

94515MA

Allergan

Allerga

• **CNOC** •

Billet de sortie établi par : LOUBNA A 21/03/2023 10:44 2851/23

FACTURATION
CLINIQUE D'OPHTHALMOLOGIE
28, Angle des palmiers Route
des Facultés Ouagadougou - Casadyrinca
Tel 05 22 22 49 87 Fax 05 22 49 87



INPE 090060914

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

5 Date de consultation et état du malade :

21/03/23

6 Renseignements cliniques sommaires :

Injection intra-vitréenne de l'O ~~G~~
K40

**7 Traitement envisagé correspondant à la
Cotation indiquée sur le bulletin d'information
Demande d'entente préalable (si possible nombre des actes)**

Injection intra-vitréenne de l'O ~~G~~
K40

8 Durée prévisible du traitement :

A Casa LE 21/03/23

Signature

mardi 21 mars 2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur : Dr ZIDI Mohamed

Patient : Mr. ESSAKNI Mostafa

Injection intra-vitréenne de kénacort de l'oeil gauche

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 Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - 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

28, زاوية 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

روم مخصص : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • تاج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058 • التجاري وافا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

FACTURE

N° 2 851 / 2023 du 21/03/2023

Nom patient	ESSAKNI MOSTAFA	Entrée 21/03/2023	Sortie 21/03/2023
Prise en charge	PAYANT		

DR. ZIDI MOHAMED (OPH)

INJECTION INTRA-VITREENNE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
INJECTION INTRA-VITREENNE	1.00	k40	2 000.00	2 000.00
			Sous-Total	2 000.00
Total				2 000.00

Total général 2 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX MILLE DIRHAMS

Encaissements	Espèces 2 000.00				Total encaissé 2 000.00	Solde 0.00
---------------	---------------------	--	--	--	----------------------------	---------------

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28 Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés - Oasis - Casablanca
Tel 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

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

وممض : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • تاج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058 • التجاري وافي بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67