

160593



Le 15 mai 2023

cte OD "clare"  
25.07.2023  
2730

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, BOULEVARD PANORAMIQUE, CALIFORNIE  
CASABLANCA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**Identifiant adhérent : 0002582\_1946-07-01\_ABDERRAHMANE**

**N/REF : 20231350021725**

**Adhérent : HOURI ABDERRAHMANE**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDERRAHMANE HOURI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 5850.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 2150.00 MAD

Validité de prise en charge : du 15-05-2023 au 15-08-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDERRAHMANE HOURI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

25/07/2023

**FACTURE N°2730/2023**

160593

<u>Nom du Patient</u>	<u>Numéro de PEC</u>	<u>Organisme de PEC</u>	<u>Médecin</u>
HOURI ABDERRAHMANE	20231350021725	MUPRAS	Dr CHAHBI

Désignation des Prestations	P.U TTC	Part CNOPS	Part Assuré
K130	8000.00 DHS	5850.00 DHS	2150.00 DHS*

<u>RUBRIQUE</u>	<u>Montant</u>	<u>RAS</u>
Frais Médecins	1000.00 DHS	
Frais Clinique	7000.00 DHS	350.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**CINQ MILLE HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS.**

**Domiciliation Bancaire**

BMCE  
AGENCE CASA ALEXANDRIE  
COMPTE N°011793000065210000099086



CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, bd. Panoramique, Californie  
Casablanca Maroc  
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 30 15 15  
Fax: 05 22 86 46 21



25/07/2023

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et Prénom	<b>: HOURI ABDERAHMANE</b>
Date d'intervention	<b>: 25/07/2023</b>
Chirurgien	<b>: Dr CHAHBI</b>
Anesthésiste	<b>: Dr. ROCHDI</b>
Mode d'anesthésie	<b>: AL</b>
Intervention	<b>: CATARACTE AVEC IMPLANT</b>
Œil	<b>: DROIT</b>

- Blepharostat
- Pré-incision au couteau 2.75
- Injection de viscoélastique
- Capsulorrhèx à l'aiguille puis avec la pince
- Hydrodissection
- Mobilisation du noyau
- Phacoemulsification
- Lavage des masses à l'IA
- Mise en place d'I C P
- Lavage du PVE
- Injection d'ATB dans la CA
- Pommade
- Pansement.

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophthalmologiste  
Casablanca, Maroc  
544, bd. Panoramique, Casablanca, Maroc  
Tél : 05 22 29 66 60 / 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21



MUTUELLE DE PRÉVOYANCE &  
D'ACTION SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le ...../...../.....

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 25 821 N° de poste:

Nom et Prénom de l'adhérent: HOUARI ABDERRAHMANE N° Tél bureau:

Nom et Prénom du bénéficiaire: HOUARI ABDERRAHMANE N° Tél domicile: 0672835137

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Estime que l'état de santé de M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup> HOUARI ABDERRAHMANE

Nécessite une cure chirurgicale de Cataracte Oeil-Droit + Inplant

Un acte côté à la nomenclature, préciser le coefficient) K100 + K60/2  
K130

Une hospitalisation de : (Approximatif) 1 JOUR

A: (préciser l'établissement hospitalier) CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cataracte Oeil droit + Inplant Par Dr. C. Op. 12/05/2023

cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision:

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tel : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

12/05/2023

**D E V I S**

Nom & Prénom : HOURI ABDERRAHMANE  
 Mutuelle : MUPRAS  
 Médecin traitant : DR CHAHBI

<b>FORFAIT K130 (OD)</b>	<b>8000.00 DHS</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8000.00 DHS</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :  
**HUIT MILLE DIRHAMS**

N.B :

LA PRISE EN CHARGE DOIT ETRE AU NOM DE LA CLINIQUE DE L'ŒIL  
CALIFORNIE

MAIL : pec.clinicoeil@gmail.com



ORDONNANCE

Casablanca le ..... 30/07/2023 .....

M - HOURI Abderrahmane

CATARACTE ŒIL ..... *(Signature)*

+ IMPLANT PAR PHACOEMULSIFICATION

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophthalmologist  
544, bd. panoramique, California  
Casablanca Maroc  
Tél: +05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax: 05 22 86 46 21

