

160593



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

Le 15 mai 2023

cte OD "claire"
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.

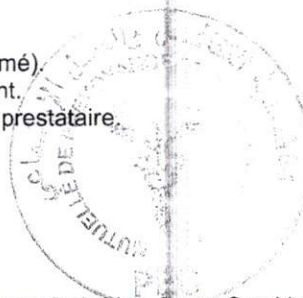
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

4 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

<u>Désignation des Prestations</u>	<u>P.U TTC</u>	<u>Part CNOPS</u>	<u>Part Assuré</u>
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 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

25/07/2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

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

- Blepharostat
- Pré-incision au couteau 2.75
- Injection de viscoélastique
- Capsulorrhexis 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
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, californie
Casablanca, maroc
Tel: 05 22 50 15 15 / 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 50 15 15

**MUPRAS**MUTUELLE DE PRIVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule: <u>25821</u>	N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent: <u>HOURI ABDEERRAHMANE</u>	N° Tél bureau:
Nom et Prénom du bénéficiaire: <u>HOURI ABDEERRAHMANE</u>	N° Tél domicile: <u>067283 5137</u>
A remplir par le praticien	
Je soussigné:	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M ^{onsieur} <u>HOURI ABDEERRAHMANE</u>	
Nécessite: <u>une cure chirurgicale de Cataracte au 1^{er} Oeil + Implant</u>	
Un acte coté à la nomenclature: (préciser le coefficient) <u>K100 + K60 1/2</u>	
..... <u>K130</u>	
Une hospitalisation de : (Approximatif) <u>1 Jour</u>	
A: (préciser l'établissement hospitalier) <u>CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE</u>	
Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): <u>Cataracte Oeil droit + Implant Pa</u> <u>pho oculaire spécifique</u>	
..... <u>12-05-2023</u> 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

E-mail : Mupras.ma / mupras@airmaroc.ma



12/05/2023

DEVIS

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

FORFAIT K130 (OD)

8000.00 DHS

TOTAL

8000.00 DHS

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'OEIL
CALIFORNIE

MAIL : pec.clinicoeil@gmail.com





ORDONNANCE

Casablanca le 30/01/2023

M - Houri Abderrahmane

CATARACTE ŒIL

+ IMPLANT PAR PHACOEMULSIFICATION

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, californie
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
LN

