

149819



149819

CASABLANCA, Le 21 février 2023

INTERNATIONAL CLINIC  
102,103 BOULEVARD ANOUAL  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE**  
**Identifiant adhérent : 07362\_1966-05-05\_M HAMMED**  
**N/REF : 20230520020211**  
**Adhérent : MAHJOUBI M HAMMED**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de M HAMMED MAHJOUBI.  
Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de\* **5200.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 21-02-2023 au 21-05-2023.

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

**Center 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 M HAMMED MAHJOUBI.

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.**

\* Pour information, la part adhérent : **945.00 MAD**





# INTERNATIONAL clinic

## FACTURE

N°: 0759/2023 du 25/02/2023



SEJOUR00067905

Nom et prénom du patient	Organisme	Période hospitalisation	
M. MAHJOUBI Mhammed	MUPRAS (ICE: 001673610000077)	23/02/2023	23/02/2023
Nom et prénom de l'adhérent : MAHJOUBI Mhammed		N° Affiliation :	
N° Prise en charge (Ou N° police) : 20230520020211			

Code	Désignation	Quantité	Acte
D297	Pterygion avec greffe	1	60

Désignation des prestations	Quantité	Prix unitaire	Montant(DH)
SEJOUR CLINIQUE - HOSPITALISATION	1	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE - SALLE OPERATION K60	60	25,00	1 500,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>1 900,00</b>

PHARMACIE	60	10,00	600,00
<b>TOTAL PHARMACIE</b>			<b>600,00</b>

AMIR Fatima	60	30,00	1 800,00
ANESTHESISTE	30	30,00	900,00
<b>TOTAL HONORAIRE</b>			<b>2 700,00</b>

<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>5 200,00</b>
<b>LA SOMME EN LETTRE : CINQ MILLE DEUX CENT DHS ET ZERO CENTIMES</b>			



090062100

Edité le : 01/03/2023 à 08:37

Par : WLAABSSI

*Signature*  
en charge  
international clinic  
001673610000077

## Note d'honoraire

Date: 23/06/23

Je soussigné, Dr .....

Présente mes meilleurs vœux de rétablissement à :

Mme, Mr : Mahjoubi Mhammed

Et lui présente ma note d'honoraire.

De : 1800,00

**Dr. AMR Fatima**  
Ophtalmologue  
Rés. Louba 1 - Etg. 1 - N°2  
Boulevard Sidi el Harrouf  
En face de Jamaa Al Madarise  
Tél : 05 22 78 45 45 MPE : 091034532

## Note d'honoraire

Date: 23/2/2023

Je soussigné, Dr .....

Présente mes meilleurs vœux de rétablissement à :

Mme, Mr : M. AH Joubi, Ahmed

Et lui présente ma note d'honoraire.

De : 900,000







# INTERNATIONAL clinic

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

**NOM ET PRENOM : MAHJOUBI MHAMMED**

**LE 23/02/2023**

**DIGNOSTIC : PTERYGION AVEC GREFF CONJONCTIVALE ŒIL  
GAUCHE**

- EXISION DE LA TETE DU PTERYGION
- DECOUVREMENT CONJONCTIVAL AVEC PRELEVEMENT DU GREFFON CONJONCTIVO-LIMBIQUE SUPERIEUR
- SUTURE DU GREFFON AU VICRYL 8/0
- DESINFECTION +PASSEMENT

**Dr. AMIR Fatima**  
Ophtalmologue  
Rés. Leubna 1 - Ezzoual  
Boulevard Sidi Maarouf  
En face de Jamaa Al Adarissa  
Tel : 05 22 78 45 46 - INPE : 091032132

## BULLETIN DE SORTIE

Nom et prénom du patient	Période hospitalisation	Organisme
M.. MAHJOUBI Mhammed	Du 23/02/2023 Au 23/02/2023	MUPRAS

Date de naissance	05/05/1966
CIN/Passeport	F197887/
Numéro de séjour	67905
Motif	PTERYGION OG
Date d'intervention	le 23/02/2023
Libellé	60
Actes	

Edité le : 01/03/2023 à 08:37  
Par : WLAABSSI



## INTERNATIONAL CLINIC

**RECU CAISSE SUR LA FACTURE 0759/23 DU 27/02/2023**



SEJOUR00067905

Nom et prénom du patient	M. MAHJOUBI Mhammed
Organisme	MUPRAS
Période hospitalisation	Du 23-02-2023 Au 23-02-2023
<b>Montant ticket modérateur : 945,00 Dhs</b>	
<b>Arrêté la présente à la somme de :</b>	
<b>NEUF CENT QUARANTE-CINQ DHS ET ZERO CENTIMES</b>	
<b>Mode de paiement</b>	
<b>Espèces : 300.00 Dhs</b>	
<b>Instance Règlement : 645.00 Dhs</b>	

**Signature de l'adhérent**

**Cachet clinique**





## Relevé d'Identité Bancaire

### Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Banque	Ville	N° de compte	Clé
190	780	2121126940550000	76

Code SWIFT **BCPOMAMC**

Agence ABDELMOUMEN

### Domiciliation

Agence ABDELMOUMEN  
95 BD ABDELMOUMEN  
CASABLANCA, MAROC  
Tél. : 0522491468  
Fax : 0522491474

### Titulaire du compte

STE HYATT GESTION INTERNATION



## Relevé d'Identité Bancaire

### Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Banque	Ville	N° de compte	Clé
190	780	2121126940550000	76

Code SWIFT **BCPOMAMC**

Agence ABDELMOUMEN

### Domiciliation

Agence ABDELMOUMEN  
95 BD ABDELMOUMEN  
CASABLANCA, MAROC  
Tél. : 0522491468  
Fax : 0522491474

### Titulaire du compte

STE HYATT GESTION INTERNATION



## Relevé d'Identité Bancaire

### Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Banque	Ville	N° de compte	Clé
190	780	2121126940550000	76

Code SWIFT **BCPOMAMC**

Agence ABDELMOUMEN

### Domiciliation

Agence ABDELMOUMEN  
95 BD ABDELMOUMEN  
CASABLANCA, MAROC  
Tél. : 0522491468  
Fax : 0522491474

### Titulaire du compte

STE HYATT GESTION INTERNATION



ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

MHAMMED

MAHJOUBI

N° 10 05.05.1966

A TOUJOURS JERADA

Valable jusqu'en 22.02.2024

المغرب العربي للامم المتحدة

بوتيت لوت

F197887

MX

الجمهورية العربية السورية