

179234



A 79231

Le 18 octobre 2023

20.10.2023
3821

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0000685_1944-07-01_BADIA
N/REF : 20232910024583
Adhérent : BAGHDADI BADIA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de BADIA BAGHDADI.

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 : 1260.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 140.00 MAD

Validité de prise en charge : du 18-10-2023 au 18-01-2024.

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 BADIA BAGHDADI.

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.



Centre d'affaire Allal Benabdellah, 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.
Tél : 05 22 20 45 45 LC - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

OK
605

20/10/2023



20/10/2023

FACTURE N°3821/2023

<u>Nom du Patient</u>	<u>Numéro de PEC</u>	<u>Organisme de PEC</u>	<u>Médecin</u>
BAGHDADI BADIA	20232910024583	MUPRAS	Dr KHAYAR

<u>Désignation des Prestations</u>	<u>P.U TTC (DHS)</u>	<u>Part Mutuelle (DHS)</u>	<u>TM (DHS)</u>
Angiographie Rétinienne + OCT Maculaire	2200.00	1260.00	940.00

<u>RUBRIQUE</u>	<u>Montant</u>	<u>RAS</u>
Frais Médecins	1100.00 DHS	
Frais Clinique	1100.00 DHS	55.00 DHS

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

Domiciliation Bancaire

BMCE

AGENCE CASA ALEXANDRIE

COMPTE N°011793000065210000099086

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, Casablanca Maroc
Casablanca Maroc 34082698 - Identifiant Fiscal N° : 37521862
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 86 60 00 - 05 22 86 46 21
Fax : 05 22 86 46 21

17/10/2023

D E V I S

Nom & Prénom	: BAGHDADI BADIA
Matricule	: 0685
Mutuelle	: MUPRAS
Médecin traitant	: DR KHAYAR

-Angiographie Rétinienne K 30	1200.00 DHS
-OCT Maculaire	1000.00 DHS
TOTAL	2200.00 DHS

**Arrêté le présent devis à la somme de :
DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAMS.**

N.B :

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

MAIL : pec.clinicoeil@gmail.com



CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin à l'hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le:

13 / 10 / 23

الدكتورة لبني خيار بنجلون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

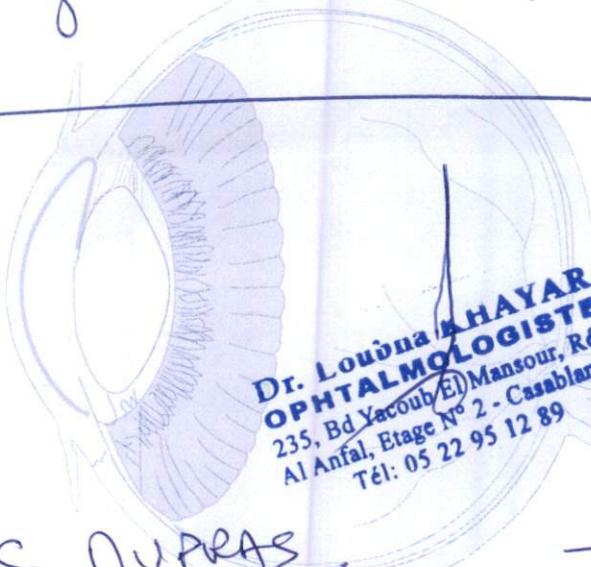
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء في :

9^{me} Bach Dadi Bach Dadi .

1) Angio - OCT



DEC NUPRAS



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le .17./.10./2023....

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'adhérent	
Matricule: 0685	N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent.....	N° Tél bureau:.....
Nom et Prénom du bénéficiaire.....BAGHDADI BADIA.....	N° Tél domicile:.....
A remplir par le praticien	
Je soussigné:	
Estime que l'état de santé de M ^{le} , M ^{me} , M: BAGHDADI BADIA	
Nécessite... ANGIO + OCT	
Un acte côté à la nomenclature:(préciser le coefficient) K30 + OCT	
Une hospitalisation de :(Approximatif) 1 Jour	
A: (préciser l'établissement hospitalier) à la clinique de l'œil California	
Strictelement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
RETINOPATHIE DIABETIQUE	
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

Tél : 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 @ royalairmaroc.com

24/10/2023

Nom et Prénom : **BAGHDADI BADIA**
 Date d'acte : **24/10/2023**
 Médecin traitant : **Dr KHAYAR**
 Acte : ***ANGIOGRAPHIE RETINNIENNE**
***OCT Maculaire**

-C.R.O. OCT MACULAIRE

Epaiss. GCL OD: 74.Mm.

OG: 63 Mm

Secteur foveolaire OD : 181 Mm

OG : 181 Mm

N° Volume Anneau ODG dans les normes

-C.R. Angiographie Retinienne:

Effet fenêtre cote temporal ODG

Amincissement rétinien



