



197552

16/04/2024

**FACTURE N°1485/2024**

| <u>Nom du Patient</u> | <u>Numéro de PEC</u> | <u>Organisme de PEC</u> | <u>Médecin</u> |
|-----------------------|----------------------|-------------------------|----------------|
| NAFISS MAHJOURA       | 20240780027621       | MUPRAS                  | Dr CHAHBI      |

| <u>Désignation des Prestations</u> | <u>P.U TTC<br/>(DHS)</u> | <u>Part<br/>Mutuelle<br/>(DHS)</u> | <u>TM (DHS)</u> |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|-----------------|
| Angiographie Rétinienne            | 1200.00                  | 00.00                              | 00.00           |
| Biomécanique                       | 500.00                   | 00.00                              | 00.00           |
| OCT Maculaire                      | 1000.00                  | 00.00                              | 00.00           |
| <b>Total</b>                       | <b>2700.00</b>           | <b>1602.00</b>                     | <b>1098.00</b>  |

| <u>RUBRIQUE</u> | <u>Montant</u> | <u>RAS</u> |
|-----------------|----------------|------------|
| Frais Médecins  | 1100.00 DHS    |            |
| Frais Clinique  | 1600.00 DHS    | 80.00 DHS  |

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

**Domiciliation Bancaire**

BMCE

AGENCE CASA ALEXANDRIE

COMPTE N°011793000065210000099086



1097552



Le 18 mars 2024

16.04.2024  
1485

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

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**Identifiant adhérent : 0000966\_1950-01-01\_MAHJOUBA**

**N/REF : 20240780027621**

**Adhérent : NAFISS MAHJOUBA**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MAHJOUBA NAFISS.

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 : 1602.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1098.00 MAD

Validité de prise en charge : du 18-03-2024 au 18-06-2024.

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 MAHJOUBA NAFISS.

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.





05/03/2024

**D E V I S**

**Nom & Prénom** : NAFISS MAHJOURA  
**Matricule** : 9066  
**Mutuelle** : MUPRAS  
**Médecin traitant** : DR CHAHBI

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| <b>-Angiographie Rétinienne</b> |                    |
| K 30                            | 1200.00 DHS        |
| <b>-OCT Maculaire</b>           | 1000.00 DHS        |
| <b>-Biomécanique</b>            | 500.00 DHS         |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>2700.00 DHS</b> |

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

*CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, bd. panoramique, casablanca  
Casablanca maroc  
Tel : 05 22 85 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 00 46 21*



16/04/2024

AVOIR SUR FACTURE N°1485/2024

Nom et Prénom : NAFISS MAHJOURA

Mutuelle : MUPRAS

-Complément Angiographie Rétinienne +BIO+OCT 1602.00 DHS

TOTAL

1602.00DHS

Arrêté le présent avoir à la somme de :  
MILLE SIX CENT DEUX DIRHAMS.



Me NAFISS  
MAHJOUBA,

Casablanca le ..... 16/04/2014

weight and  
size + angiograph

- Hypothal pigmentation -

- periorbital edema -

- periorbital edema -

- DSV

- Bulbopalpation -

- eyelid papill -

- conjunctival -

- C1D vertical -

- C1D horizontal -

- RSTIN orange -

- STD deviation -

- Système oculo -

|      |      |
|------|------|
| ad   | 06   |
| 383  | 316  |
| 0,94 | 0,76 |
| 0,88 | 0,98 |
| 67   | 63   |
| 13   | 12   |

0,46

22,8

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste

544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc

Patente N°: 34082698 - Département Fiscal N°: 37521062

Tel : +212 522 86 46 18

ICE N°: 002281194000046 - R.C.N°: 4386205 - C.N.S. 5155300

Fax : 05 22 86 46 21

522 50 15 15

522 86 46 18

522 86 46 19

522 86 46 20

522 86 46 21

+212 522 29 66 00 / 60

+212 522 86 46 21

info@clinic-oeil.com

www.clinic-oeil.com



544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc. +212 522 50 15 15. +212 522 29 99 00/60  
 Palerite N°: 30082698 - Identifiant Fiscale N°: 37521862 +212 522 86 46 18 +212 522 86 46 21  
 ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNS: 1563901 +212 522 86 46 20  
 info@clinique-oeil.com



09:22/8.

09:22/7

Biomechanique

Computer Read

THE NAME IS MAHJOUBA

..... Casablanca le 16/04/24



ORDONNANCE

Casablanca le 05.03.2024

M - NAFISS MAHJOUNA 

ANGIOGRAPHIE RETINIENNE

BIOMECANIQUE

OCT MACULAIRE

DR. CAHMI Mokhtar  
544, bd. panoramique, Casablanca, Maroc  
Ophtalmologiste  
Tél : 05 22 86 46 18  
05 22 29 66 50 / 00 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 18 / 20  
05 22 50 15 15



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

le 05./03./2024....

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 9066 N° de poste: .....

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

Nom et Prénom du bénéficiaire: NAFISS MAHJOURA N°Tél domicile: .....

Je soussigné: ..... A remplir par le praticien

Estime que l'état de santé de M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>: NAFISS MAHJOURA

Nécessite... ANGIO + BIO + OCT

Un acte côté à la nomenclature: ( préciser le coefficient) K30 + BIO + OCT

Une hospitalisation de :(Approximatif) 1 Jour

A: (préciser l'établissement hospitalier) à la clinique de l'oeil California

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

