

158896

Le 2 mai 2023

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT
26, AVENUE IBN KHALDOUN AGDAL
RAB, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0000708_1944-10-03_ABDELKADER

N/REF : 20231220021478

Adhérent : SAD ABDELKADER

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDELKADER SAD.

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 : 740.00 MAD

Validité de prise en charge : du 02-05-2023 au 02-08-2023.

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 ABDELKADER SAD.

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.



CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

RABAT

Par courrier

BORDEREAU D'ENVOI FACTURE

Organisme : MUPRAS

Le : 08/05/2023

Nous vous transmettons ci-joint notre facture ...

<i>numéro</i>	11 664 du 05/05/2023
<i>s'élevant à la somme de</i>	2 000,00
<i>relative à votre prise en charge</i>	N/REF20231220021478
<i>concernant</i>	SAD ABDELKADER

Dans l'attente de votre règlement, veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Notre compte bancaire :
CFG 050810006010681876200115 RABAT

Pièces jointes :

IF 14471365 / PATENTE 25741396
26, Avenue Ibn Khaldoun-Rabat-Maroc / IF 14471365 / PATENTE 25741396
25, Avenue Ibn Khaldoun-Rabat-Maroc / IF 14471365 / PATENTE 25741396
Tel: 05 37 67 66 66 Fax: 05 37 77 72 51 / CNSS 9622425 / ICE 001702042000071

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

F A C T U R E

N° : **11 664 /** 2023 du **05/05/2023**

Nom patient : **SAD ABDELKADER** Entrée **05/05/2023**
Prise en charge : **MUPRAS** Sortie **05/05/2023**

	Nombre Lettre C Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS		
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE	1,00	1 000,00
OCT MACULAIRE	1 000,00	1 000,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE DIRHAMS	Total	2 000,00
Immatriculation :	Part organisme	1 260,00
Affiliation :		
N° prise en charg N/REF20231220021478	Part patient	740,00

Notre compte ban CFG 050810006010681876200115 RABAT

26,Avenue Ibn Khaldoun-Rabat-Maroc /IF 14471365 / PATENTE 25741396
Tél : 05 37 67 66 66 Fax : 05 37 77 72 51 / CNSS 9622425/ ICE 001702042000071

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

DEVIS

Date 28/04/2023
N° : 230428115051ZI

Nom patient : **SAD Abdelkader**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **OCT**
OCT MACULAIRE

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
OCT MACULAIRE	1		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
MILLE DIRHAMS

Total devis

1 000,00

Clinique de la Vision de Rabat
26, Avenue Ibn-Khaldoun, Asdal-Rabat
Tel.: 05 37 67 66 65 - Fax: 05 37 77 72 51
SERVICE PRISE EN CHARGE

MR SAD ABDELKADER

Modèle s.2bis

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1)- Date de la constatation de l'état du malade :

2)- Renseignements cliniques sommaires :

OCT maculopat

3)- Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

4)- Durée prévisible du traitement :



A RABAT Le 28/04/2023

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

DEVIS

Date 28/04/2023
N° : 230428115012ZI

Nom patient : **SAD Abdelkader**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **ANGIOGRAPHIE RETINIENNE**
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE

RESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE	1		1 000,00	1 000,00
Sous-Total				1 000,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
MILLE DIRHAMS

Total devis **1 000,00**

مصحة العيون
Clinique de la Vision de Rabat
SERVICE PRISE EN CHARGE
26, Avenue Ibn-Khaldoun Agdal-Rabat
Tél.: 05 37 67 66 65 / Fax: 05 37 77 72 51

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1)- Date de la constatation de l'état du malade :

2)-Renseignements cliniques sommaires :

Dégénérescence musculaire
Périphérique

3)-Traitement envisage correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

Amiographe rétine +

4)- Durée prévisible du traitement :



A \subset $AB \supset \overline{A}$

Le 28/04/2023





مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat
+٣٦٠٦٣٦٣ ٥٦٥٦

05/05/2023



Compte rendu angiographie rétinienne

Mr.SAD ABDELKADER

Les deux yeux :

- DMLA atrophique.





مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat
+٣٦٠٥٣٤ ٥٦٦٦ ٥٦٠٦



PT220208160527



05 mai 2023

COMPTE RENDU OCT

PATIENT : Mr SAD Abdelkader

05/05/2023

Age : 78 ans

Médecin traitant : DR EL BAKKALI

- ANTECEDENT: DMLA
 - OPÉRATEUR:B. Nouhaila
 - Epaisseur moyenne des fibres optiques péri-papillaires :
 - OD : 101µm
 - OG :96µm
 - Diagramme des épaisseurs des fibres optiques en camembert :
- Supérieur OD/OG : 97/98
Inferieur OD/OG: 104/95
- Rapport C/D : OD : 0.05 OG :0.17

