

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

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 :

Signature
Clinique de la Vision de Rabat
26, Avenue Ibn Khaldoun
Agdal-Rabat
Tél.: 05 37 67 66 66 - Fax: 05 37 77 72 51

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

F A C T U R E

Sortie 05/05/2023

Montant

1 000,00

2 000,00

740,00

Tél : 05 37 67 66 66 Fax : 05 37 77 72 51 / CNSS 9622425/ ICE 001702042000071

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

D E V I S

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

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

MR SAD ABDELKADEB Modèle s.2bis

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

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

2)- Renseignements cliniques sommaires :

oct maculopaire

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 RAMA Le 28/04/2023

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

D E V I S

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

مصلحة العيون
CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT
SERVICE PRISE EN CHARGE
26, Avenue Ibn-Khaldoun Agdal-Rabat
Tel.: 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 :

deg. e' m' e' s' c' e' m' a' c' u' l' a' i' r' e
l' i' e' r' a' l' i' s' e

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) :

A' m' f' i' o' g' r' a' p' h' i' e' r' e' t' i' n' e' n' e

4)- Durée prévisible du traitement :



ARABAI

Le 28/04/2023

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

ABDELKADER

عبد القادر

SAD

صاد

Né le 03.10.1944

مزداد بتاريخ

à CASABLANCA ANFA

ب الدار البيضاء أنفا

Valable jusqu'au 26.03.2029

صالحة الى غاية

المدير العام للأمن الوطني

عبد الحفيظ حموشي

A12561

MU

N° A12561 رقم

Valable jusqu'au 26.03.2029

صالحة الى غاية

Fils de LAHCEN ben BRAHIM

ابن لحسن بن ابراهيم

et de FATIMA bent BRAHIM

و فاطمة بنت ابراهيم

العنوان 152 شارع حسان الفطواكي الرباط

Adresse 152 AVENUE HOUMANE FETOUAKI RABAT

N° état civil 2832/E/1951

رقم الحالة المدنية

Sexe M

الجنس



مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat
٩٠٨٠٥٩٩ ٧٠٨٨١ ٥٥٠٤

05/05/2023



Compte rendu angiographie rétinienne

Mr.SAD ABDELKADER

Les deux yeux :

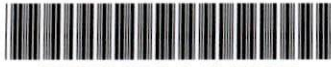
- DMLA atrophique.



Siteweb



مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat
٩٥٨٥٩٩٩ ٩٥٨٨٨ ٩٥٩٩



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 : 101 μ m
 - OG : 96 μ m
- 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



Siteweb