

54732



154732

02.05.2023

CASABLANCA, Le 31 mars 2023

1517

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

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 011463_1975-07-14_KAMAL

N/REF : 20230900020990

Adhérent : DAHBI KAMAL

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de KAMAL DAHBI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **2200.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 31-03-2023 au 31-06-2023.

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 KAMAL DAHBI.

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 : **940.00 MAD**

02/05/2023

FACTURE N°1517/2023

<u>Nom du Patient</u>	<u>Numéro de PEC</u>	<u>Organisme de PEC</u>	<u>Médecin</u>
DAHBI KAMAL	20230900020990	MUPRAS	Dr CHAHBI

<u>Désignation des Prestations</u>	<u>P.U TTC (DHS)</u>	<u>Part Mutuelle (DHS)</u>	<u>TM (DHS)</u>
Angiographie Rétinienne	1200.00	1200.00	00.00
OCT Maculaire	1000.00	1000.00	00.00
Total	2200.00	2200.00	00.00

<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

9086 CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21





MUPRAS
MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'Actions Sociales de Royal Air Maroc

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ADHERANT

Matricule : 11463

N° de poste :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Tél. bureau :

Nom et Prénom du bénéficiaire : D A H B I K A M A L

Tél. domicile :

Age :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Melle, Mme (Mr) : D A H B I K A M A L

Nécessite : Angiographie Retinienne + OCT Maculaine

Un acte côté à la nomenclature :

K 30 + OCT

(Préciser le coefficient)

Une hospitalisation de :

(Approximatif)

A : La clinique de l'oeil California

(Préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique

(A l'attention du Médecin Conseil)

Retinopathie Diabétique

(Cachet, Date et Signature du praticien)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision

N. B : cette demande de prise en charge doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se garde le droit de la rejeter.

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA -

TÉ : 022 91-26-46 / 51-26-45 / 51-28-57 / 51-28-13 / 51-26-79 / 01-78-89

ORDONNANCE

Casablanca le 24/03/2023

M^r DAHBI ICAHAL



ANGIOGRAPHIE RETINIENNE

~~BIOMECHANIQUE~~

OCT MACULAIRE

DR. CHAHBI Mohammed
Ophthalmologiste
544, bd. panoramique, Californie
Casablanca, Maroc
Tél : 05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21



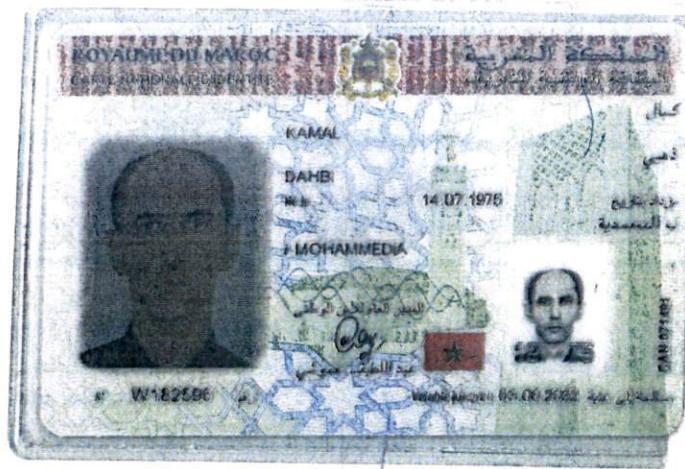
D E V I S

Nom & Prénom : DAHBI KAMAL
Matricule : 11463
Mutuelle : MUPRAS
Médecin traitant : DR CHAHBI

-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.**





IDMAROPI61II1<3W182596<<<<<<
7507140M3208036MAR<<<<<<<<<5
DAHBI<<KAMAL<<<<<<<<<<<<