



Le 3 février 2020

CENTRE DE DIALYSE AL MAJD
ANG IBN TACHFIN OULED ZIANE
CASABLANCA
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE
N/REF : : 20200340002458
Adhérent : MOUSALLI MUSTAPHA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MUSTAPHA MOUSALLI.

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 : 11050.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 0.00 MAD

Validité de prise en charge : du 03-02-2020 au 03-05-2020.

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 MUSTAPHA MOUSALLI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- **Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.**
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture

Centre de maladies rénales et d'hémodialyse

DEVIS DU MOIS FEVRIER 2020

MUPRAS

Identification de l'établissement :

Nom de l'établissement : Centre de maladies rénales et d'hémodialyse ALMAJD
INPE : 090062548

Identification de l'assuré /Bénéficiaire des soins :

Nom et Prénom : MOUSALLI MUSTAPHA

MLE : 02829

CIN : B58460

BENEFICIAIRE : lui-même

MOIS	JOUR DE DIALYSE	DATE DES SEANCES	PRIX UNITAIRE	NOMBRE DES SEANCES	PRIX GLOBAL
FEVRIER-2020	MARDI	4, 11, 18, 25	850,00	13	11 050 ,00DH
	JEUDI	6, 13, 20, 27			
	SAMEDI	1, 8, 15, 22, 29			

La somme totale en lettres : Onze mille cinquante dirhams

Signature et cachet
CENTRE DE MALADIES RENALES
ET D'HEMODIALYSE ALMAJD
Dr ELBAZ FATIHA
INPE : 090062548
Angle Bd. Ibn Tachfine et Route
Ouled Ziane Rés. Al Majd N° 5 Casa
Tél: 05 22 60 81 81 - Fax: 05 22 60 22 00

Angle Ibn Tachfine, Ouled ziane, résidence Al Majd N° 5 près de Tachfine centre
Tél : 05 22 60 81 81 - Fax: 05 22 60 22 00 - almajdcentrededialyse@gmail.com
ICE : 000315000000057 - N° Patente : 37954381 - IF : 20697129 - N° CNSS : 5284641

M^{re} MOUSALLI Mustapha

Modèle S. 2 bis

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

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

2) - Renseignements cliniques sommaires :

RC / ms. hémodialyse
pendant 03 séances / semaine

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) : 13 séances de dialyse

pour le mois Février 2020
02/02; 04/02; 06/02; 08/02; 11/02
13/02; 15/02; 18/02; 20/02
22/02; 25/02; 27/02; 29/02

4) - Durée prévisible du traitement :

A Casa, le 01/02/2020

Signature :

CENTRE DE MALADIES RENALES
ET D'HEMODIALYSE AL MAJD
Dr ELBAZ FATHA
INPE : 091044644
Angle Boulon Tachfine et Route
Ouled Ziane Rés. Al Maïd N° 5 Casa
Tél : 05 22 60 81 81 • Fax : 05 22 60 22 00



MOUSALLI MUSTAPHA

RETRAITE

