

147571

202
202
2/

laser ÖDG
05.04.2023
1368

Le 2 février 2023

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 001843_1963-03-02_FATIHA

N/REF : 20230330019856

Adhérent : WAHIDI FATIHA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de FATIHA WAHIDI.

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 : 4320.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 480.00 MAD

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

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 FATIHA WAHIDI.

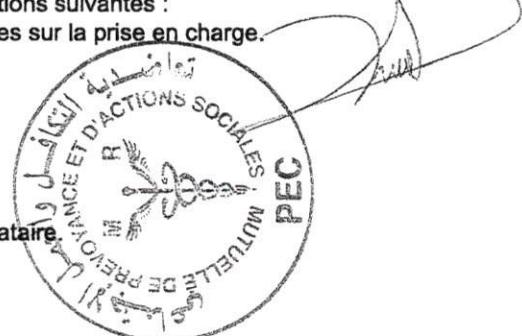
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 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.



05/04/2023

FACTURE N°1368/2023

<u>Nom du Patient</u>	<u>Numéro de PEC</u>	<u>Organisme de PEC</u>	<u>Médecin</u>
WAHIDI FATIHA	20230330019856	MUPRAS	Dr CHAHBI

<u>Désignation des Prestations</u>	<u>P.U TTC (DHS)</u>	<u>Part CNSS (DHS)</u>	<u>TM (DHS)</u>
2 SEANCES LASER ARGON OD	2400.00	2160.00	240.00
2 SEANCES LASER ARGON OG	2400.00	2160.00	240.00
Total	4800.00	4320.00	480.00

<u>RUBRIQUE</u>	<u>Montant</u>	<u>RAS</u>
Frais Médecins	2400.00 DHS	
Frais Clinique	2400.00 DHS	120.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE MILLE HUIT CENT DIRHAMS.

Domiciliation Bancaire

BMCE

AGENCE CASA ALEXANDRIE

COMPTE N°011793000065210000099086



CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 86 60 08 - 05 22 80 15 15
Fax : 05 22 86 46 21



05/04/2023

AVOIR SUR FACTURE N°1368/2023

Nom et Prénom : WAHIDI FATIHA

2 Séances laser Argon OD	
2 K 80	240.00 DHS
2 Séances laser Argon OG	
2 K 80	240.00 DHS
TOTAL	480.00 DHS

Arrêté le présent avoir à la somme de :
QUATRE CENT QUATRE VINGT DIRHAMS.

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
5-4, bld. Panoramique, californie
Casablanca, maroc
Tél : 05 22 86 45 15 / 19/20
05 22 29 86 50 / 00 - 05 22 30 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

ORDONNANCE

31/01/2023

Casablanca le.....

MME WAHIDI FATIHA

Patiente présentant une rétinopathie diabétique nécessitant PPR ODG (2 séance laser argon ODG, 2 séance de laser par œil).
COTE K 80 X 4

DR. CHAHBI Mohammed
Ophthalmologiste
544, bd. Panoramique, californie
Casablanca maroc
Tel: 05 22 85 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 86 46 21
S.S



31/01/2023

DEVIS

Nom et Prénom : **WAHIDI FATIHA**
 Mutuelle : **MUPRAS**
 Médecin traitant : **DR CHAHBI**

2 Séance laser ARGON OD

2 X K80 **2400.00 DHS**

2 Séance laser ARGON OG

2 X K80 **2400.00 DHS**

TOTAL **4800.00 DHS**

Arrêté le présent devis à la somme de :
QUATRE MILLE HUIT CENTS DIRHAMS



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 31/01/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule :	e-mail :	Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent : SAHIDI FATHA		
Nom et Prénom du bénéficiaire : SAHIDI FATHA		
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné :		
Estime que l'état de santé de Mlle (Mme, M.) SAHIDI FATHA		
Nécessite 2 Séances Laser Progr. 100% (1 Séance DSG)		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 4x K80		
Une hospitalisation de (approximatif)		
A (préciser l'établissement hospitalier) la clinique de l'île californie		
STRICTEMENT CONFIDENTIEL		
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :		
Rétinopathie Diabétique		
Cachet, date et signature du praticien		 DR. CHAHBI Mohammed 544, 44, Dr. Chahbi, Elmologiste, Panoramique, californie 0522250680/00/0522250781/20/21 0522250680/00/0522250781/20/21 FAX: 0322364821 Le 31/01/2023
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS		
Décision :		

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



IDMAROPIO3E4K<2BE59662<<<<<<
6303024F3102260MAR<<<<<<<<<9
WAHIDI<<FATIHA<<<<<<<<<<