

**MUPRAS**MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC**159416**

le 29/08/2022...

**DEMANDE D'ACCORD PREALABLE**

| A remplir par l'Adhérent                                                                                               |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Matricule: 1848                                                                                                        | N° de poste: .....     |
| Nom et Prénom de l'adhérent: BIBLAT Mohamed                                                                            | N° Tél bureau: .....   |
| Nom et Prénom du bénéficiaire: EL AG NADIA                                                                             | N° Tél domicile: ..... |
| A remplir par le praticien                                                                                             |                        |
| Je soussigné: Dr NAYME                                                                                                 | .....                  |
| Estime que l'état de santé de M <sup>lle</sup> M <sup>me</sup> M: EL AG NADIA                                          | .....                  |
| Nécessite: une cure chirurgicale de cataracte œil gauche + Implant                                                     | .....                  |
| Un acte coté à la nomenclature: (préciser le coefficient)                                                              | .....                  |
| Une hospitalisation de: (Approximatif) 17 Jours                                                                        | .....                  |
| A: (préciser l'établissement hospitalier)                                                                              | .....                  |
| Strictement confidentiel                                                                                               |                        |
| Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): |                        |
| cataracte œil gauche + Implant                                                                                         |                        |
| Proceduralisation                                                                                                      |                        |
| cachet, date et signature du praticien                                                                                 |                        |
| A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS                                                                          |                        |
| Décision:                                                                                                              |                        |
| .....                                                                                                                  |                        |
| .....                                                                                                                  |                        |
| .....                                                                                                                  |                        |
| .....                                                                                                                  |                        |

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras@royalairmaroc.com

04/05/2023

DEVIS

Nom & Prénom : FILALI NAJIA  
Mutuelle : MUPRAS  
Médecin traitant : DR NAYME

FORFAIT K130 (OG)

8000.00 DHS

TOTAL

8000.00 DHS

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

N.B :

LA PRISE EN CHARGE DOIT ETRE AU NOM DE LA CLINIQUE DE L'OEIL  
CALIFORNIE

MAIL : pec.clinicoeil@gmail.com





