



MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le/...../.....

163890

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 2437 N° de poste:

Nom et Prénom de l'adhérent: BENDAOUJ EL BERRAK N° Tél bureau:

Nom et Prénom du bénéficiaire: BENDAOUJ EL BERRAK N° Tél domicile:

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Estime que l'état de santé de M^{le}, M^{me}: BENDAOUJ EL BERRAK

Nécessite une injection intra-vitréenne d'anti-VEGF au

Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient)

K40

Une hospitalisation de : (Approximatif) 1 JOUR

A: (préciser l'établissement hospitalier) CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE

strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

AMLA

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

ORDONNANCE

Casablanca le 13 05 2023

of Benzene) $E_1 E_2 10^4 \text{ kJ}$

IVT O D

A blue ink stamp with a wavy border containing text. The text is arranged in a curved path along the border. The stamp includes the following text:

DR. CH. H. H. MACHEN
E-mail: machen@wittenberg.edu • Office: 937.885.4612
Fax: 937.885.2286 • Office: 937.885.4612
Office: 937.885.2286 • Office: 937.885.4612
Office: 937.885.2286 • Office: 937.885.4612
Office: 937.885.2286 • Office: 937.885.4612



05/06/2023

DEVIS

Nom et Prénom : **BENDAOUD EL BEKKAI**
 Matricule : **2437**
 Mutuelle : **MUPRAS**
 Médecin traitant : **DR CHAHBI**

FORFAIT K40 (OD) **2970.00 DHS**

TOTAL **2970.00 DHS**

Arrêté le présent devis à la somme de :
DEUX MILLE NEUF CENT SOIXANTE DIX DIRHAMS

N.B :
LA PRISE EN CHARGE DOIT ETRE AU NOM DE LA CLINIQUE DE L'OEIL
CALIFORNIE
MAIL : pec.clinicoeil@gmail.com

