



MUPRAS

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

le **08./03../2024....**

198260

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule: 441	N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent.....	N° Tél bureau:.....
Nom et Prénom du bénéficiaire.....	N° Tél domicile:.....
Je soussigné: DR. CHAHBI MOHAMMED Ophtalmologiste	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} M ^{me} M: AMAN ABDELOUAHED	
Nécessite: CATARACTE OEIL GAUCHE + IMPLANT	
Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient)..... K100+K60/2 = K130	
Une hospitalisation de : (Approximatif)..... CATARACTE OEIL GAUCHE + IMPLANT	
A: (préciser l'établissement hospitalier)..... CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): CATARACTE OEIL GAUCHE + IMPLANT	
cachet, date et signature du praticien 29.08.2024	
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 25 03 2024

M - AMIN ABDEL OUAHER

CATARACTE ŒIL

+ IMPLANT PAR PHACOEMULSIFICATION

DR. CHAHBI Mohammed
544, bd. panoramique, Casablanca, Maroc
Tel: 05 22 29 66 00 / 09 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 86 46 21
Ophthalmologiste



08/03/2024

DEVIS

Nom & Prénom : AMAN ABDELOUAHED
Matricule : 441
Mutuelle : MUPRAS
Médecin traitant : DR CHAHBI

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



