



**MUPRAS**

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

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

198797

### A REMPLIR PAR L'ADHERANT

Matricule : 2437

N° de poste :

Nom et Prénom de l'adhérent : BENIDA Ouy EL BEKKI Tél. bureau :

Nom et Prénom du bénéficiaire : TSEN Dhou EL BEKKI Tél. domicile :

Age : \_\_\_\_\_

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Melle, Mme, Mr : BENIDA Ouy EL BEKKI

Nécessite : une injection intra vitale stat vegf 0g

Un acte côté à la nomenclature : K40

(Préciser le coefficient)

Une hospitalisation de : 1 Jour

(Approximatif)

A : le clinique de l'ourika

(Préciser l'établissement hospitalier)

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique

(A l'attention du Médecin Conseil)

Oedème myocarde

(Cachet, Date et Signature du praticien)

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision

N. B : cette demande de prise en charge doit être adressée ou faite à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se garde le droit de la rejeter.

**CLINIQUE DE L'OEIL**  
California



Casablanca le 18/03/2024

M. BENDAOUO EL BEKKAI

Tijvegt OD

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologue, California  
544, bd. Panoramique, Casablanca  
Casablanca (Maroc)  
Tél : 05 22 88 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 55 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 88 46 21

13/03/2023

**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'ŒIL  
CALIFORNIE**

**MAIL : pec.clinicoeil@gmail.com**



