



le 22./04./2024....

A remplir par l'Adhérent	
Matricule: 2437	N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent.....	N° Tél bureau:.....
Nom et Prénom du bénéficiaire.....	N°Tél domicile:.....
A remplir par le praticien	
Je soussigné: DR CHAHBI MOHAMMED	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M: BENDAOU EL BEKKAI	
Nécessite INJECTION INTRA VITREENNE D'ANTI VEGF Oeil GAUCHE	
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	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): OEDEME MACULAIRE	
cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision:	

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

E - mail : Mupras @ rovalairmaroc.com

M. BENJAOUD EL BEKKA

$$\overline{IVT} \text{ OG}$$

DR. CHANDI MURTHY

22/04/2024

DEVIS

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

FORFAIT K40 (OG)	2970.00 DHS

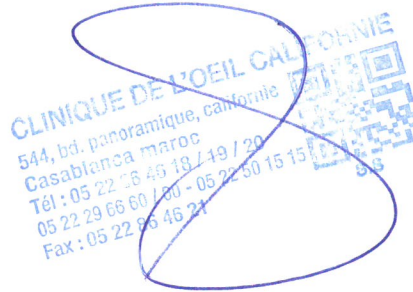
TOTAL	2970.00 DHS

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



ROYAUME DU MAROC		المملكة المغربية الطائفة الوطنية للتعريف
CARTE NATIONALE D'IDENTITE		
	EL BEKKAI	البكاي
	BENDAOU	بنعواد
	Né le	21.07.1958
	à OUJDA	مزداد بتاريخ ب ب وجدة
	المدير العام للأمن الوطني  عبد اللطيف حموشي	 
N° F57356	رقم	Validité jusqu'au 26.05.2031 صالحة إلى غاية