

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

SeKKat.m@Hotmail.com

5685

0613074647

HODAIA

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 09/05/2024  
N° : 240509143604HO

Nom patient : SEKKAT MOHAMMED

205157

Prise en charge : MUPRAS

Traitements CATARACTE OD  
CATARACTE OD

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR BLOC OPERATOIRE		1 25	FC K130	400,00 130,00	400,00 3 250,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>3 650,00</b>
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. ZAFAD RACHID (ophtalmologue) ANESTHESISTE		30 30	K130 k40	130,00 40,00	3 900,00 1 200,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>5 100,00</b>
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE		10	K130	130,00	1 300,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>1 300,00</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :  
**DIX MILLE CINQUANTE DIRHAMS**

Total devis

**10 050,00**



CLINIQUE AL MADINA  
PEC  
32, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 80 01



## ORDONNANCE

Casablanca, le 09/05/2024

### PLI CONFIDENTIEL

**Nom et prénom du patient :** SEKKAT MOHAMMED

**Diagnostic :** Cataracte de l'œil droit.

**Acte :** Phaco-émulsification + implantation. K130

**Durée :** 1 jour.

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophtalmologue  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 091139790

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le ..... / ..... /20....

### **A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Matricule : **5685**

E-mail :

Phones : **0613074647**

Nom et Prénom de l'adhérent : **SEKKAT Nohammed**

Nom et Prénom du bénéficiaire : **moi même SEKKAT Nohammed**

### **A REMPLIR PAR LE PRATICIEN**

Je soussigné : **DR ZAFIAZ RAHCHID**

Estime que l'état de santé de Mlle Mme M. **SEKKAT MOHAMMED**

Nécessite

Un acte codé à la nomenclature (préciser le coefficient)

**32, Bd Panorama 77400 Casablanca  
Tél : 0522 25 00 01  
Fax : 0522 25 00 01**

**cataracte œil droit**

**DR. Rafid ZAFIAZ  
OPHTHALMOLOGISTE  
532 Bd Panorama Casablanca  
Tel : 0522 774000  
Fax : 0522 25 00 01**

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier) .....

### **STRICTEMENT CONFIDENTIEL**

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

.....  
.....  
.....

Cachet, date et signature du praticien	
--	--

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

Décision :

.....  
.....  
.....

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

