

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

SeKkat.m@hotmail.com

5685

0613074647

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 09/05/2024

N° :240509143604HO

Nom patient : SEKKAT MOHAMMED

Prise en charge : MUPRAS

Traitements CATARACTE OD
CATARACTE OD

205157

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

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 90 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.

CAS
09 MAI 2024
Dr. Rachid ZAFAD
Ophthalmologiste
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 091339700

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 Mohammed

Nom et Prénom du bénéficiaire : moi même SEKKAT Mohammed

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. ZAFAD RACHID

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

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

CLINIQUE AL MADINA
32, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01

cataracte oeil droit

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 (L.G.)
Fax : 05 22 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.

