

SeKKat.m@Hotmail.com

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

5685

0613074647

205159

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 09/05/2024

N° :240509143906HO

Nom patient : SEKKAT MOHAMMED

Prise en charge : MUPRAS

Traitements INJECTION INTRA VITRÉENNE OD
INJECTION INTRA VITRÉENNE OD

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
	INJECTION INTRA-VITREENNE	1	FFORFAIT K40	2 970,00	2 970,00
				Sous-Total	2 970,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
DEUX MILLE NEUF CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS

Total devis

2 970,00





ORDONNANCE

Casablanca, le 09/05/2024

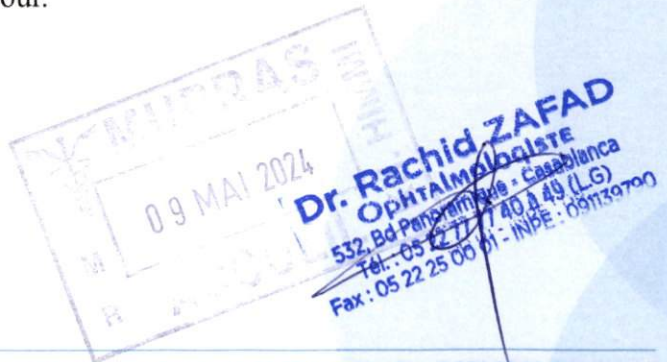
PLI CONFIDENTIEL

Nom et prénom du patient : SEKKAT MOHAMMED

Diagnostic : Oedeme maculaire cystoïde de l'œil droit.

Acte : Injection intra vitréenne d'anti VEGF. K40

Durée : 1 jour.



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 : 06 13074647

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 PEC

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Infection Intra-vitreuse œil droit
(œdème maculaire œil droit)

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.