

# CLINIQUE AL MADINA

128934

5685  
0613.07.47  
WA

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 09/09/2022  
N° 220909112151WA

Nom patient : SEKKAT MOHAMMED

Prise en charge : ATLANTA SANAD

Traitements IVT AVASTIN OG  
IVT AVASTIN OG

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
INJECTION INTRA VITRENNNE OG	1		2 970.00	2 970.00
			Sous-Total	2 970.00

Total devis 2 970.00



CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 71 40 & 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 01

Matricule: ..... A remplir par l'Adhérent

Nom et Prénom de l'adhérent..... N° de poste: .....

Nom et Prénom du bénéficiaire..... N°Tél bureau: .....

N°Tél domicile: .....

Je soussigné: Dr ZAFRA RACHID A remplir par le praticien

Estime que l'état de santé de M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M: SEKKAT Mohamed

Nécessite: ITT Avastin OC

Signature du praticien: [Signature]

Le: 20/05/2019

CLINIQUE ALGER  
Souscription: 021 720 49 06  
Tél: 021 720 49 06  
Fax: 021 720 49 06  
EAL

Un acte coté à la nomenclature: (préciser le coefficient) K40

Une hospitalisation de : (Approximatif) 119 J

A: (préciser l'établissement hospitalier)..... clinique Al madinez

Renseignement 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 médecin conseil de la MUPRAS

**Décision:**

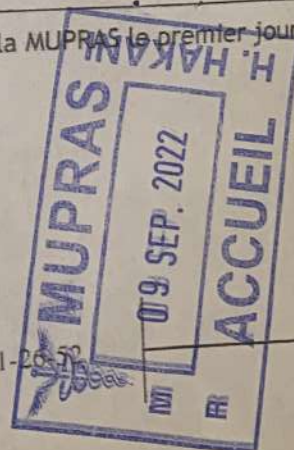
NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

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

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-33  
E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com





09 septembre 2022

Mr SEKKAT MOHAMMED

IVT AVASTIN OG

K40

1/2J

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

532, Bd. Panoramique, Casablanca  
Tél: 0 522.77.77.40 à 49

Fax: 0.522. 25.00.01

Email: [contact@cliniquealmadina.ma](mailto:contact@cliniquealmadina.ma)

