

# CLINIQUE AL MADINA

128934

5685  
06.13.07.07  
WT

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 09/09/2022  
N° 220909112151WA

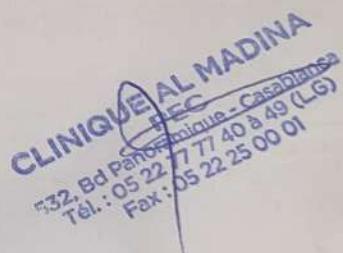
Nom patient : SEKKAT MOHAMMED

Prixe en charge : ATLANTA SANAD

Traitements IVT AVASTIN OG  
IVT AVASTIN OG

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

Total devis 2 970.00



SARL AU CAPITAL DE 2 500 000.00DH SIEGE SOCIAL : 532 Bd Panoramique CASABLANCA  
TEL:05 2277 77 40 Fax:022 25 00 02 RC:407991 TP:34782425 IF:1007171 ICE:00163020000096 CNSS:7582358

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule:	A remplir par l'adhérent
Nom et Prénom de l'adhérent.....	N° de poste: .....
Nom et Prénom du bénéficiaire.....	N°Tél bureau: .....
Je soussigné: <b>Dr ZAFIA RACHID</b>	A remplir par le praticien
Estime que l'état de santé de M <sup>le</sup> , M <sup>me</sup> , M: <b>SEKKAT Moha</b>	N°Tél domicile: .....
Nécessite <b>TIT AVASTIN OCU</b>	.....
Un acte côté à la nomenclature: ( préciser le coefficient) <b>K40</b>	.....
Une hospitalisation de : (Approximatif) <b>112 J</b>	.....
A: (préciser l'établissement hospitalier) <b>Clinique Al madina</b>	.....
Strictelement confidentiel	
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 91-20-50  
 E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com



09 septembre 2022

Mr SEKKAT MOHAMMED

IVT AVASTIN OG

KHO

112J

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophthalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tel.: 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