



0663636465/6074

01/04/2021

DEVIS

66202

Nom & Prénom : BENSARI ABDELHAKIM

Matricule : 6074

Mutuelle : MUPRAS

Médecin traitant : DR NAYME

FORFAIT K130 (OD)

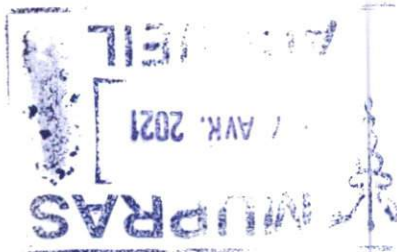
8000.00 DHS

TOTAL

8000.00 DHS


Ariéele présent devis à la somme de :  
HUIT MILLE DIRHAMS

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, Boulevard panoramique californie,  
Casablanca - Maroc  
Tel : 05 22 29 66 60 / 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : <u>6074</u>	e-mail : <u>hakimbensari@gmail.com</u> Phones : <u>0663.636465</u>
Nom et Prénom de l'adhérent : <u>BEN SARI ABDELHAKIM</u>	
Nom et Prénom du bénéficiaire : .....	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : <u>Dr. NAYME Karim</u>	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>BEN SARI ABDELHAKIM</u>	
Nécessite <u>une chirurgie de cataracte au droit</u>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>K130</u>	
Une hospitalisation de (approximatif) <u>10 jours</u>	
A (préciser l'établissement hospitalier) <u>Le Champ de l'œil cataractaire</u>	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): <u>Cataracte de l'œil droit, à implanter</u> <u>Procesus h</u>	
Cachet, date et signature du praticien	 <b>Dr. NAYME Karim</b> Ophtalmologue Ctr. Nassim, Lot N°5 Route d'Azenhour - Casablanca Tel: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95
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.