

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 26/01/2023

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2437

e-mail :

Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent

Bendaoud Elbekkai

Nom et Prénom du bénéficiaire

LUI MEME

146938

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, Mr BENDAOUD EL BEKKAI

Nécessite une injection intraveineuse Renforcement oeil droit

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

K40

Une hospitalisation de (approximatif) 1 jour

A (préciser l'établissement hospitalier) La clinique de l'oeil californie

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

DMLA.

Cachet, date et signature du praticien

Le 26/01/2023 Mohammed  
DR. CHAKERA, Médecin-chirurgien, cardiologue, casablanca, 19/20, 22/50, 15/15, S3

### 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.

**ORDONNANCE**

26/01/2023

Casablanca le.....

**MR BENDAOUD EL BEKKAI**

Patient présentant un DMLA nécessitant  
Une injection intra vitréenne KENACORT œil  
DROIT.

Coté K 40

*DR. CHABBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, bd. panoramique, californie  
casablanca maroc  
tel: 05 22 29 65 91 / 05 22 50 15 15  
fax: 05 22 28 46 21*

26/01/2023

**DEVIS**

Nom et Prénom : **BENDAOUD EL BEKKAI**  
 Matricule : **2437**  
 Mutuelle : **MUPRAS**  
 Médecin traitant : **DR CHAHBI**

**FORFAIT K40 (OD)** **2970.00 DHS**

**TOTAL** **2970.00 DHS**

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

**N.B :**

**LA PRISE EN CHARGE DOIT ETRE AU NOM DE LA CLINIQUE DE L'ŒIL  
CALIFORNIE**

**MAIL : pec.clinicoeil@gmail.com**





IDMAROP13B9VW<7F57356<<<<<<  
5807215M3105261MAR<<<<<<<<<7  
BENDAOUED<<EL<BEKKAI<<<<<<<