

DEVIS DE MR AOUAD MHAMED IVT ODG

From <f.karim@internationalclinic.ma>
To S Nasrallah <s.nasrallah@mupras.com>, Pec <pec@mupras.com>
Cc H Zoubidi <h.zoubidi@internationalclinic.ma>, Idrissi wafaa <w.idrissi@internationalclinic.ma>
Date 2022-08-09 13:07

DEVIS DE MR AOUAD MHAMED IVT ODG.pdf (~298 KB) DEVIS DE MR AOUAD MHAMED IVT OG.pdf (~296 KB)

12836





INTERNATIONAL clinic

DEVIS

N°: DV020760 du 09/08/2022

Nom / Prénom Patient	Qualité Bénéficiaire		
M. AOUAD M Hamed	Assuré		
Nom / Prénom Assuré	CIN Assuré		
M. AOUAD M Hamed	B140241		
N° Affiliation	N° Immatricule		
Assurance / Organisme / Mutuelle	MUPRAS		
Libellé	40		
Désignations des prestations	Nbre	Prix unitaire	Montant
IVT OG K40	1	2 970,00	2 970,00
	Total Clinique		2 970,00
Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL		2 970,00
DEUX MILLE NEUF CENT SOIXANTE-DIX DHS ET ZERO CENTIMES			



Édité le : 09/08/2022 à 13:00

Par : fkarim



INTERNATIONAL clinic

DEVIS

N°: DV020761 du 09/08/2022

Nom / Prénom Patient	Qualité Bénéficiaire		
M. AOUAD M Hamed	Assuré		
Nom / Prénom Assuré	CIN Assuré		
M. AOUAD M Hamed	B140241		
N° Affiliation	N° Immatricule		
Assurance / Organisme / Mutuelle	MUPRAS		
Libellé	IVT OD		
Désignations des prestations	Nbre	Prix unitaire	Montant
IVT OD K40	1	2 970,00	2 970,00
	Total Clinique		2 970,00
Arrêtée à la somme de :			
DEUX MILLE NEUF CENT SOIXANTE-DIX DHS ET ZERO CENTIMES	TOTAL GENERAL		2 970,00



090062100

Édité le : 09/08/2022 à 13:01

Par : fkarim

102, 103 Boulevard Anoual - Casablanca - Maroc / Tél : +212 522 64 14 00 - Fax : +212 522 86 08 97
Email: info@internationalclinic.ma - contact@internationalclinic.ma - CNSS : 8992308 - ITP : 34754299 - IF : 40432045
102, 103 Boulevard Anoual Casablanca - Maroc - / Tel : +212 522641400 - Fax : +212 522860897
RC : 486277 - ICE : 00164272500063 Email : info@cliniqueinternationale.com - contact@internationalclinic.com / Patente: 37987845 - IF: 40432045

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 28/10/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00683 e-mail : Phones : 06 63 188 044

Nom et Prénom de l'adhérent : AOUAD M'HAMED

Nom et Prénom du bénéficiaire : AOUAD M'HAMED

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Aouad M'Hamed.

Nécessite INT (infection urinaire d'Aspirin ODE).

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) L'ACT ARGON (PPR) ODE.

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

pas d'hospitalisation

clinique internationale

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

- Diabète avec atteinte oculaire =>
- rétine maculaire ODE nécessitant INT (Avastin)
- rétinopathie préproliférative nécessitant L'ACT ODE

Cachet, date et signature du praticien

Docteur SABER Abdellah
Centre d'affaires Allal Ben Abdellah
Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage Casablanca
05 22 27 44 44 / 05 22 27 44 45
Urgence : 05 22 27 44 46

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.

