



MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le/...../.....

160593

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule: <u>2582</u>	N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent: <u>HOURI ABDEERRAHMANE</u>	N° Tél bureau:
Nom et Prénom du bénéficiaire: <u>HOURI ABDEERRAHMANE</u>	N° Tél domicile: <u>067283 5131</u>
A remplir par le praticien	
Je soussigné:	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M ^{...} : <u>HOURI ABDEERRAHMANE</u>	
Nécessite: <u>une cure chirurgicale du cataracte de l'œil droit + Implant</u>	
Un acte coté à la nomenclature: (préciser le coefficient) <u>K100 + K60 1/2</u> <u>K130</u>	
Une hospitalisation de: (Approximatif) <u>1 jour</u>	
A: (préciser l'établissement hospitalier) <u>CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE</u>	
Strictement confidentiel	
Renseignement 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 + Implant Par phacoémulsification</u>	
..... cachet, date et signature du praticien <u>10-05-2023</u>	
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 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com

12/05/2023

DEVIS

Nom & Prénom : HOURI ABDERRAHMANE
Mutuelle : MUPRAS
Médecin traitant : DR CHAHBI

FORFAIT K130 (OD)

8000.00 DHS

TOTAL

8000.00 DHS

Arrêté le présent devis à la somme de :
HUIT MILLE DIRHAMS

N.B :

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

MAIL : pec.clinicoeil@gmail.com



CLINIQUE DE L'OEIL
Californie



مصحة العين
كاليفورنيا

ORDONNANCE

Casablanca le 30/04/2023

M - MAURI Abderrahmane

CATARACTE ŒIL

+ IMPLANT PAR PHACOEMULSIFICATION

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél: +05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21
LN



544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20
+212 522 29 66 00 / 60
+212 522 86 46 21
clinicoeil.californie@gmail.com
www.clinic-oeil.com

