



**MUPRAS**

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

le .21./09./2023....

**176266**

## **DEMANDE D'ACCORD PREALABLE**

A remplir par l'Adhérent

Matricule: **2582** ..... N° de poste: .....

Nom et Prénom de l'adhérent..... N°Tél bureau:.....

Nom et Prénom du bénéficiaire..... N°Tél domicile:.....

A remplir par le praticien

Je soussigné: **DR CHAHBI MOHAMMED**

Estime que l'état de santé de M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>e</sup> **HOURI ABDERRAHMANE**

Nécessite..**CATARACTE.OEIL.GAUCHE.+ IMPLANT**.....

Un acte côté à la nomenclature:( préciser le coéfficient).....

.....**K100+K60/2=K130**.....

Une hospitalisation de :(Approximatif)**1 JOUR**.....

A: (préciser l'établissement hospitalier)**CLNIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**.....

Strictement pour l'information

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

.....**CATARACTE.OEIL.GAUCHE.+ IMPLANT**.....

DR CHAHBI M.ohammed  
Ophthalmologiste  
Casablanca maroc  
Fax : 05 22 91 23 36 - 05 22 91 23 76

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 91-26-52

É - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

**ORDONNANCE**

Casablanca le..... 21-09-2023.....

M<sup>r</sup> HOURI Abderrahmane

**CATARACTE Oeil .....**

+ IMPLANT PAR PHACOEMULSIFICATION

DR. CHA'BI Mohammed  
Ophtalmologiste  
Clinique Panoramique californie  
Casablanca  
Tél : +212 522 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 86 46 21  
Fax : 05 22 86 46 21



21/09/2023

## D E V I S

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

**FORFAIT K130 (OG)** **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'ŒIL  
CALIFORNIE

MAIL : [pec.clinicoeil@gmail.com](mailto:pec.clinicoeil@gmail.com)

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
 544, bd. panoramique, californie  
 Casablanca maroc  
 Tel : 05 22 86 46 18 / 18 / 20  
 05 22 28 86 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
 Fax : 05 22 86 46 21



