

**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:..... |
| Je soussigné: DR CHAHBI MOHAMMED | |
| Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M: HOURI ABDERRAHMANE | |
| Nécessite: CATARACTE OEIL GAUCHE + IMPLANT | |
| Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient)..... | |
| K100+K60/2 =K130 | |
| Une hospitalisation de :(Approximatif) 1 JOUR | |
| A: (préciser l'établissement hospitalier) CLNIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE | |
| Strictement confidentiel | |
| 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 | |
| | |
| | |
| 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

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

ORDONNANCE

Casablanca le 21-09-2023

M^r Houri Abderrahmane

CATARACTE ŒIL

+ IMPLANT PAR PHACOEMULSIFICATION

DR. CHA'BI Mohammed
Ophtalmologiste
544, Boulevard panoramique, Californie
Maroc
Tél : +212 522 86 46 18 / 19 / 20
06 22 29 66 60 / 00 - 06 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

21/09/2023

DEVIS

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'OEIL
CALIFORNIE

MAIL : pec.clinicoeil@gmail.com

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 56 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 00 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 56 46 21
S.S.

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

عبد الرحمان
ABDERRAHMANE

حوري
HOURI

1946
Né le

مرداد بتاريخ
ب كهنيفرة
à KHENIFRA

23.07.2028
Valable jusqu'au

صاحبة الى غاية
المدير العام للأمن الوطني
عبد اللطيف حموشي

ME
B43556

A
H

N° E43556 رقم Valable jusqu'au 23.07.2028 صالحة الى غاية

ابن الحاج بن المكنار
و رقية بنت محمد

Fils de EL HAJ ben ELMOKHTAR
et de RKIA bent MOHAMED

العنوان اقامة نور اميرة جماعة مولاي عبدالله الجديدة

Adresse RESIDENCE NOUR AMIRA CR MOULAY ABDELLAH EL JADIDA

N° état civil 475/1957 رقم الحالة المدنية Sexe M الجنس