

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

SEKKAT MOHAMMED

pec  
5685.

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 10/04/2023  
N° : 230410142842HO

Nom patient : SEKKAT MOHAMMED

Prise en charge : MUPRAS

Traitements INJECTION INTRA VITRÉENNE (IVT)  
INJECTION INTRA VITRÉENNE OD

156.986

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
INJECTION INTRA-VITRINIENE	1	K40	2 970,00	2 970,00
Sous-Total				2 970,00

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

Total devis 2 970,00



**Docteur Rachid ZAFAD**

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté

de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

**الدكتور رشيد زفاص**

اختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

## ORDONNANCE

Casablanca, le 10/04/2023

**PLI CONFIDENTIEL**

**Nom et prénom du patient : SEKKAT MOHAMMED**

**Diagnostic :** Oedème maculaire cystoïde de l'œil droit.

**Acte :** Injection intra vitréenne d'anti VEGF. K40

**Durée :** 1 jour.

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tel.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax: 05 22 25 00 01 - IMPE: 09139790

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique  
Casablanca  
Tel.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax: 05 22 25 00 01

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le ..... / ..... /20....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5685 E-mail : SEKKAT.M@holmail.com Phones : 0613024647

Nom et Prénom de l'adhérent : SEKKAT Mohamed

Nom et Prénom du bénéficiaire : idem

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : ZAFADRA CHID

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. SEKKAT MOHAMED

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Injection Intra-vitelline d'anti VEGF R MADINA

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier) clinique AL Madina

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Cachet, date et signature du praticien

## 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.

