

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

sekkat.m@hotmail.com

0613074647

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 09/05/2023

N° :230509154530HO

Nom patient : SEKKAT MOHAMMED

Prise en charge : MUPRAS

Traitements INJECTION INTRA VITRÉENNE OD  
INJECTION INTRA VITRÉENNE OD

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

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophthémologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.C.)  
Fax.: 05 22 25 00 01

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



**Docteur Rachid ZAFAD**

Ophtalmologiste  
Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris VII  
Chirurgie Vitéo-rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

## ORDONNANCE

**Casablanca, le 09/05/2023**

**PLI CONFIDENTIEL**

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

**Diagnostic : Oedeme 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  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 09/05/2023

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5685 E-mail : sekkat.my@hotmail.com Phones : 0613074647  
Nom et Prénom de l'adhérent : SEKKAT Mohammed, com  
Nom et Prénom du bénéficiaire : idem

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné MAZAFAD RACHID  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. SEKKAT MOHAMMED  
Nécessite  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)  
Injection intra-vitréenne œil droit  
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.