

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

No 932

| 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
OPHTALMOLOGISTE
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 40 à 49 (L-G)
Fax: 05 22 22 22 22

CLINIQUE AL MADINA
PECC
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 40 à 49 (L-G)
Fax: 05 22 2500 01



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 والشبكي

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
10 Bd Panoramique Casablanca
Tél: 05 22 77 40 à 49
Fax: 05 22 25 00 01
Email: R.zafad@cliniquealmadina.ma



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 09.05.2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5685 E-mail : sekkatmy@hotmail.com Phones : 0613074647

Nom et Prénom de l'adhérent : SEKKAT MOHAMMED

Nom et Prénom du bénéficiaire : idem

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné M. AFAD 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-vitelline oeil 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.

