

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01
Version : 2.0
Date : 24/05/2022

152712

Le 10.03.2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 12390 E-mail : abenrhannane@... Phone : 0662365884
Nom et Prénom de l'adhérent : BEN RHANNOU ADIL
Nom et Prénom du bénéficiaire : ZENGAOUI MARIAM

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)
Abenrhannane *K100*

Une hospitalisation de (approximatif) ...
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

*Admission pour étapes césarienne
et maladie*

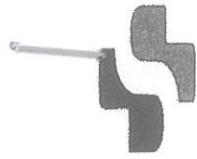
Cachet, date et signature du praticien

Allal Ben Abdellah
0520 40 82 77
Gesabancé
0522 22 78 15
Casablanca
0522 20 45 45
Allal Ben Abdellah
Praticien KARIMA
Obstétricien
6ème Etage

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.



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

CASABLANCA, LE 06/03/2023

DEVIS

Nom et prénom du patient : ZANGAOUI MARIAM

Prise en charge : MUPRAS

Traitements : HOSPITALISATION

FORFAIT	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
SEJOUR	3	400	1200.00
CHIRURGIEN	K100	30	3000.00
ANESTHESISTE	K50	30	1500.00
BLOC	K100	25	2500.00
PHARMACIE	K100	15	1500.00
		TOTAL	9700.00

4

Hôpital Privé International de Casablanca
Angle Bd. Bir Anzarane et Abou Ishak
Shirazi et Rue F en Jilali Quartier Maarif
Casablanca
Tél: 05 22 05 40 80 - 05 22 05 40 40 (2)
ICE: 00292427900042 - RC: 109951
Fax: 05 22 05 40 81 - 05 22 05 40 41
E-mail: info@hpic.ma

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : E-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent : _____

Nom et Prénom du bénéficiaire : _____

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : *[Signature]* Date : *[Date]*

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

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) AEP, BGP, VIT, VIT, VIT

Раздел I. Классификация

Leben & Lernen Risiko

Une hospitalisation de (*approximatif*) ...

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

*Cisaline pour ulcres cicatriciel
et ~~malite~~*

Cachet, date et signature du praticien

PR-FICHTAL KARLHINA
OBSTETRISCHE UND GYNAEKOLOGISCHE KLINIK
SBS BD ABDEI
EN ERGEGE ZV
OBSTETRISCHE UND GYNAEKOLOGISCHE KLINIK
SBS BD ABDEI
EN ERGEGE ZV
Gesamtbetrieb 11-0520 40 82551

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, maillée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

DR. FICHTALI KARIMA**Gynécologie obstétrique**Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur au CHU Ibn Rochd
Casablanca

Ex Directrice de Specialité à l'Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa

Suivi de grossesse et accouchement
Chirurgie des cancers gynéco-mammaires
Oncoplastie du sein
Chirurgie vaginale
Cœliochirurgie gynécologique
Infertilité du couple**د. الفشتالي كريمة****أمراض النساء والتوليد**

أستاذة سلامة بالتعليم العالي بالمستشفي الجامعي ابن رشد

الدار البيضاء

مديرة تخصص امراض النساء والتوليد سابقا بمستشفي الشيخ خليفة

أمراض الحمل والولادة

جراحة سرطان الرحم والثدي

الجراحة بالمنظار

علاج عقم الزوجين

وصفة طبية**Ordonnance**

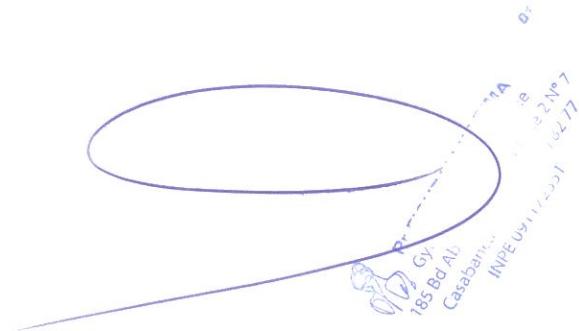
22/10/2023

Casablanca le:

Dr Karima Fichtali

Cisam

CFH



Adresse : 185 Blvd Abdelloumen étage 2 N.7 Casablanca / 185 شارع عبد العزيز بن رحمة 7 صابق 2 الدار البيضاء

Tél : 0520 40 82 77 / E-mail : Karima.fichtali@yahoo.fr