



## PLI CONFIDENTIEL

Nom et prénom de l'assuré (e) :

...H.A.B.R.O.U.N... A.H.M.E.D...

Numéro d'immatriculation :

/.. /.. /.. /.. /.. /.. /.. /.. /..

Nom et prénom du bénéficiaire / autre que  
l'assuré(e) : ...L.O.U.B.N.A.S.A.L.E.H...

Date de naissance du bénéficiaire : ...28/12/1988

Nom et prénom du médecin traitant :

...P.R.I.C.H.T.A.L... K.A.R.I.M.A...

INPE et code à barres :

...091172552...

International Hospital  
Pr. FICHTAL Karima  
Gynécologie Obstétrique  
091172552

Date de la consultation : /11/04/2023/

Diagnostic et motif des soins

.....  
.....

Antécédents et facteurs de risque :

.....  
.....

Examen clinique à l'admission :

.....  
.....

Résultats des bilans para cliniques :

.....  
.....

Libellé et nature des soins :

Césarienne

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
03j	27/04/2023	

Fait à : ...Bouskoura...

Le : ...11/04/2023/

Signature et cachet du médecin traitant

International Hospital  
Pr. FICHTAL Karima  
Gynécologie Obstétrique  
091172552



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309

Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 www.hm6.ma

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 12.04.2023

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 7354 E-mail : ahzmroun@royalairmaroc.com Phones : 0661161218  
Nom et Prénom de l'adhérent : HAMRONI AHMED  
Nom et Prénom du bénéficiaire : SALEM LOUBNA

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mle, Mme, M. SALEM LOUBNA

Nécessite CESARIE

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) ... 3 jours.

A (préciser l'établissement hospitalier) HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

### 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.

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## DEVIS

Date 24/04/2023  
N° : 230411121506L.

Nom patient : SALEM LOUBNA

Prise en charge : MUPRAS

Traitements CESARIENNE

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	3	K	550,00	1 650,00
chirurgicale	100	K100	25,00	2 500,00
Anesthesie	50	K100	25,00	1 250,00
BLOC	100	K100	25,00	2 500,00
PHARMACIE	100	K100	15,00	1 500,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>9 400,00</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :  
*NEUF MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS*

**Total devis** **9 400,00**

