



161461

DEVIS

Nº: DV023869 du 19/05/2023

Nom / Prénom Patient		Qualité Bénéficiaire
<b>M. HILAL Driss</b>	<b>Assure</b>	
Nom / Prénom Assuré	CIN Assuré	
<b>M. HILAL Driss</b>	<b>B88899</b>	
N° Affiliation	N° Immatricule	
Assurance / Organisme / Mutuelle	<b>MUPRAS</b>	
Libellé	120	
Désignations des prestations		
SEJOUR CLINIQUE - HOSPITALISATION	1	Montant 400,00
BLOC OPERATOIRE - SALLE OPERATION K120	120	25,00 3 000,00
<b>Total Clinique</b>	<b>3 400,00</b>	
PHARMACIE	120	15,00 1 800,00
<b>Total Pharmacie</b>	<b>1 800,00</b>	
Dr. BELYAZIDE Brahim	120	30,00 3 600,00
Dr. ANESTHESISTE	65	30,00 1 950,00
<b>Total Honoraire</b>	<b>5 550,00</b>	
Arrêtée à la somme de :		<b>TOTAL GENERAL</b>
		<b>10 750,00</b>
DIX MILLE SEPT CENT CINQUANTE DHS ET ZERO CENTIMES		

Arrêté à la commando :

THE JOURNAL OF CLIMATE

A standard linear barcode is located in the bottom right corner of the page.

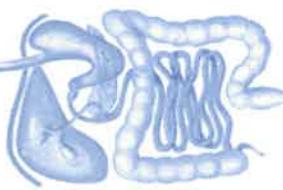
۷۱۰

Édité le : 19/05/2023 à 12:46  
Par : fkarim

10420203-833-6666-Var Ahluwalia Casablanca Maroc / Tél: +212 5228415208 - Fax: +212 522860897 / Email: info@internationalclinic.ma - Contact@internationalclinic.ma - CNSS: 8992308 - ITP: 34754299 - IF: 40432045  
Email: info@cliniqueinternationale.com - contact@internationalclinic.com - Patente: 37987845 - IF: 40432045  
RC: 488627 - ICE: 001642725000063

## الدكتور بليزيب إبراهيم

- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie laparoscopique
- Chirurgie du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale
- Diplômé de la faculté de médecine de Nancy - France



- جراح أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي  
والأمعاء والكبد

- جراحة المراة - الجراحة بالمنظار

- جراحة الغدة الدرقية

- جراحة البواسر

- جراحة الشرابين

- جراحة القولون

- تخرج كلية الطب بناسسي - فرنسا

Casablanca, le : 25/6/2023

M. H. A. L. Dr.

- Dr. Belyazid Brahim

voluntaires sur un  
cadavre humain de  
Mme Chirurgie de  
l'Uro-gynécologie  
174 28 371  
Signature

Dr. Belyazid Brahim  
Chirurgie de l'Uro-gynécologie  
174 28 371

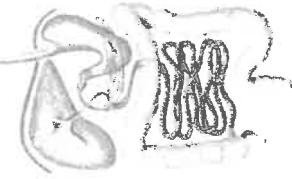
مجمع عبد المؤمن - زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الملاطique الثاني - رقم 210 - الدار البيضاء

Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual & Bd Abdelmoumen, 2ème étage N°210 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 30 10 : المحمول : 06 61 19 65 96

## Dr. BELYAZID Brahim

- Chirurgien Digestive
- Chirurgie de la vésicule biliaire
- Chirurgie laparoscopique
- Chirurge du foie et de l'intestin
- Chirurgie du goitre
- Chirurgie des Hémorroïdes et des Varices
- Chirurgie de l'Hernie Inguinale
- Diplômé de la faculté de médecine de Nancy - France



15/05/2023

Casablanca, le : .....

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE ET DES PARTIES MOLLES DE LA PAROABDOMINALE

NOM : HILAL  
PRENOM : DRISS

Foie homogène, de volume normal de contours réguliers.  
Vésicule biliaire lithiasique  
Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.  
Les deux reins, la rate, et le pancréas sont normaux.  
Abscence d'ascite ou d'adénopathies profondes.

**CONCLUSION:** Cholécystite aiguë lithiasique.  
-Hernie inguinale droite.

*(Handwritten signature in Arabic)*

مجمع عبد المؤمن - زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الثاني (الرقم 210) - الدار البيضاء  
Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual & Bd Abdelmoumen, 2ème étage N°210 - Casablanca

الم Howell : 05 22 86 30 10 | 06 61 19 65 96

## DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT</b>	
Matricule : <b>0950</b>	e-mail : <b>chrissharless@phones.com</b>
Nom et Prénom de l'adhérent : <b>HILAL DRASS</b>	
Nom et Prénom du bénéficiaire : <b>DAR</b>	
<b>A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>	
Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.	<b>HILAL DRASS</b>
Nécessite	<b>100% de rémission</b>
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	<b>5.00</b>
<b>Cachet et signature du praticien</b>	
Une hospitalisation de (approximatif)	<b>à l'Hôpital Hassan II Casablanca</b>
A (préciser l'établissement hospitalier)	
<b>STRICTEMENT CONFIDENTIEL</b>	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
..... ..... ..... .....	
<b>A REMPLIR PAR LE MÉDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS</b>	
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.



