



POLYCLINIQUE  
LES NARCISSSES

مصحة النرجس

169594

26/07/2023

M. BOUCHAREB RAHANE

Demande de Per

pour Fracture listéri

cheville droite.

DR. SAIDY Halim  
Traumatologue  
INP : 0524 44 75 75  
POLYCLINIQUE  
LES NARCISSSES  
112, Quartier O.L.M El Ghoul Route de Targa - Marrakech  
Tél : 05 24 44 75 75 / Fax : 05 24 44 86 70

Polyclinique Les Narcisses, 112 Quartier O.L.M El Ghoul, Route de Targa - Marrakech

Tél.: +212 (0) 524 44 75 75 / Fax: +212 (0) 524 44 86 70  
E-mail : contact@polycliquenarcisses.com / www.polycliquenarcisses.com  
Administration directe : Tél.: 0524 42 39 36 / Fax: 0524 42 13 07

الفاكس : +212 (0) 524 44 86 70 / الهاتف : +212 (0) 524 44 75 75  
E-mail : contact@polycliquenarcisses.com / www.polycliquenarcisses.com  
الإدارة الفاكس : +212 (0) 524 42 13 07 / الهاتف : +212 (0) 524 42 39 36

ICE : 001634278000085 - CNSS : 6055330 - IF : 6502289 - TP : 45129466 - RC : 8309

Polyclinique Les Narcisses assure les urgences chirurgico-médicales 24h/24h

مصحة النرجس تضمن دوام المستعجلات الجراحية و الطبية 24 س/24 س

Code : PR4FR09

Version : 02

Date : 13/07/2023

Je soussigne : **ME BOUCHAREB ABDEL ILLAH**

Matricule : **1796**

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident :

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

Moi-même

Mon conjoint

Mon enfant

Lieu : **Domicile - lot. ASMA DI FARICA .VILLA n° 10 TARGA  
MARRAKECH**

Date d'accident : **24.07.2023**

Causes et circonstances :

**en descendant les escaliers mon fils a glissé  
et s'est retourné au bas des escaliers -  
Choc brutal à la cheville droite .**

**Important :**

- Cette déclaration sur l'honneur doit être établie dans les 48 heures de l'incident ;
- La MUPRAS se réserve le droit de mener une enquête ou une contre visite à tout moment conformément au règlement intérieur ;
- Toute fausse déclaration ou tentative de fraude engagera son auteur ;
- Cette déclaration doit être légalisée.

Faite à : **MARRAKECH**

le, **24.07.2023**

Signature légalisée :

**26 JUL 2023**  
**ANNEXE ADMINISTRATIVE MAR**  
**Abdel Boucharet**  
**BOUCHAREB ABDEL ILLAH**  
**N° de C.I.N : 1796**  
**L'administré est responsable de**  
**contenu du présent document.**  
**MUPRAS : NAJIA RICHAN**  
**Déléguée**  
**مضاهة**  
**للموافقة**





# POLYCLINIQUE LES NARCISSES

مصحة النرجس

## D E V I S

N° 230726101843A4

26/07/2023

A404

Nom patient : **BOUCHAREB RAYANE**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements : **K140**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR BLOC OPERATOIRE		2	JOUR	400,00	800,00
		1	Kc	3 500,00	3 500,00
Sous-Total					4 300,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. MEDECIN TRAITANT (spécialité) Dr. MEDECIN ANESTHEISTE		1		4 200,00	4 200,00
		1		2 100,00	2 100,00
Sous-Total					6 300,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE CHIRURGICALE		1	PH	2 100,00	2 100,00
Sous-Total					2 100,00

Total devis 12 700,00

Part Patient 0,00

Part Organisme 0,00

**POLYCLINIQUE  
LES NARCISSES**  
112, Quartier O.L.M El Ghoul  
Route de Targa - Marrakech  
Tél : 05 24 44 75 75 / 05 24 44 86 70

Polyclinique Les Narcisses, 112 Quartier O.L.M El Ghoul, Route de Targa - Marrakech

مصحة النرجس حي العسكري - نكتة الغول رقم 112 - طريق تاركة - مراكش

Tél : +212 (0) 524 44 75 75 / Fax: +212 (0) 524 44 86 70

E-mail : contact@polycliquenarcisses.com / www.pycliquenarcisses.com

Administration directe : Tél : 0524 42 39 36 / Fax: 0524 42 13 07

الفاكس : +212 (0) 524 44 86 70 / الهاتف : +212 (0) 524 44 75 75

E-mail : contact@polycliquenarcisses.com / www.pycliquenarcisses.com

الإدارة الفاكس : +212 (0) 524 42 13 07 / الهاتف : +212 (0) 524 42 39 36

ICE : 00163472000085 - CNSS : 6055330 - IF : 6502289 - TP : 45129466 - RC : 8309

Polyclinique Les Narcisses assure les urgences chirurgico-médicales 24h/24h

مصحة النرجس تضمن دوام المستعجلات الجراحية و الطبية 24 س/24 س



Escaneado con CamScanner

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 26/07/2023

### 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 : .....  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Boucharb Rayane  
Nécessite .....  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Fracture luxation de la  
cheville / tri-mal-léolair avec lésion ligamentaire  
de la cheville Droite  
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):

Réduction + ostéosynthèse + suture ligamentaire  
+ Immobilisation

Cachet, date et signature du praticien

**Dr. SAIDI Halim**  
Rhumatologue  
IN : 671084438  
POLYCLINIQUE  
LES NARCISSES  
112, Quai de l'El Ghoul Route de Targa - Marrakech  
05 24 44 75 75 / Fax : 05 24 44 86 70

### 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.