



POLYCLINIQUE  
LES NARCISSES

مصحة النرجس

169594

Le 26/07/2023

Mr BACHAREB RABIA

Demande de Per

Pour fracture l<sup>e</sup> bras  
de Jeudi 13 Juin

cloué sur bras.

Dr. SAÏD Halim  
Traumatologue  
INP - 0524 44 86 70  
Polyclinique  
Les Narcisses  
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@polycliniquenarcisses.com / www.polycliniquenarcisses.com

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

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

E-mail : contact@polycliniquenarcisses.com / www.polycliniquenarcisses.com

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

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

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

مصحة النرجس تضمن دوام المستجدات الجراحية و الطبية 24h/24h

Code : PR4FR09

Version : 02

Date : 13/07/2023

Je soussigne : **ME BOUCHAREB ABDELILLAH**

Matricule : **1796**

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident :

Moi-même

Mon conjoint

Mon enfant

Lieu : **Domicile - lot. ASMAA FABICA 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 retrouvé 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 JUILLET 2023**





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

Total devis 12 700,00  
 Part Patient 0,00  
 Part Organisme 0,00



## 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. Bachareb Rayane

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Fracture luxation de la cheville / trimalles/au avec désin ligamentaire de la cheville droit )

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):

L'osclution + ostéosynthèse + Suture ligamentaire  
et Immobilisation

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.