



183422

CLINIQUE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE DE L'AGDAL
مصحة جراحة القلب والشرايين أكادال

Rabat, le 14/11/2023

DEVIS

Pr. Belhaj A.S.
Chirurgien C.V.

Dr. Belhaj Soulam R.
Chirurgien C.V.

Pr. Lazreq C.
Anesthésiste Réanimateur

Dr. Sekkat O.
Anesthésiste Réanimatrice

Dr. Kerroumy A.
Chirurgienne C.V. Péricardique

Rabat, le.....

Tarif forfaitaire pour **Mr BENJELLOUN TALAL**, pour une

intervention chirurgicale à cœur fermé à type de drainage

péricardique

Tarif National de Référence est de 35 000.00 dhs (trente cinq mille dirhams)

Part CNSS : 24500.00 dhs (vingt quatre mille cinq cent dirhams)

Part adhérent : 10500.00 dhs (dix mille cinq cent dirhams)

Comprenant les frais :

- d'intervention
- hospitalisation
- pharmacie
- bilans

CLINIQUE DE CHIRURGIE
CARDIO-VASCULAIRE DE L'AGDAL
6, place Talha, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 90 90 - Fax: 05 37 77 93 93
Pr: 05 37 77 93 93 - C.N.S.S. 6912655



Casablanca, le 17/11/2023 في الدار البيضاء، في



Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

CENTRE DE CHIRURGIE
TALHA, 10170 RABAT

Réf : N° d'immatriculation : 131990999

Nom et prénom de l'assuré : BENJELLOUN TALAL

Nom et Prénom du bénéficiaire : BENJELLOUN TALAL

Utilisateur : R4929

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 880318614 reçu le 15/11/2023 nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على ملفكم المتعلق بالتحمل برقم 880318614 والذي وافقتمونا به بتاريخ 2023/11/15 نطلعكم على موافقتنا بخصوص :

Le bénéficiaire	BENJELLOUN TALAL
L'établissement	100061100
Le montant accordé	24500,00 DH
La validité de prise en charge	du 14/11/2023 au 14/12/2023

المستفيد

المبلغ المعروض
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدى 90 يوما من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا.

Réserves :

- S/R: Compte rendu operatoire

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge