

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 11/12/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent : **REFASS** **Abdel Fettah**
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

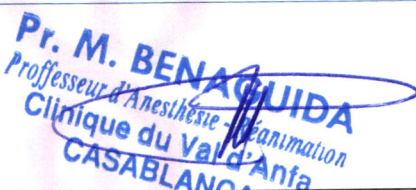
Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) **trois fois (03)**
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):

verge aigue
rougeole **Ishelehi**

| | |
|--|--|
| Cachet, date et signature du praticien |  Pr. M. BENAGUIDA Professeur d'Anesthésie - Réanimation Clinique du Val d'Anfa CASABLANCA |
|--|--|

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.

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

D E V I S

N° : 231209152952RE-00109/12/2023

Nom patient : **REFASS ABDELFATTAH**

Prise en charge : **MUPRAS**

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-------------------------------------|--------|------------|-------------------|-----------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| SEJOUR NORMAL | 3.00 | J | 400.00 | 1 200.00 |
| IRM CEREBRALE | 1.00 | Z | 2 500.00 | 2 500.00 |
| | | | Sous-Total | 3 700.00 |
| PHARMACIE | 1.00 | PH | 1 500.00 | 1 500.00 |
| | | | Sous-Total | 1 500.00 |
| Total Frais Clinique | | | | 5 200.00 |
| <i>PRESTATIONS EXTERNES</i> | | | | |
| PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur) | 3.00 | K | 300.00 | 900.00 |
| | | | Sous-Total | 900.00 |
| LABO CAMC (analyses) | 1.00 | | 1 500.00 | 1 500.00 |
| | | | Sous-Total | 1 500.00 |
| Total prestations externes | | | | 2 400.00 |

| | | | |
|---|--|--------------|-----------------|
| <i>Arrêtée le présent devis à la somme de :</i> | | | |
| SEPT MILLE SIX CENTS DIRHAMS | | Total | 7 600.00 |

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Bd. Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 0522 36 87 87 / 0522 39 60 10/13
05 22 39 69 46 / 37
Fax: 0522 39 14 39

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



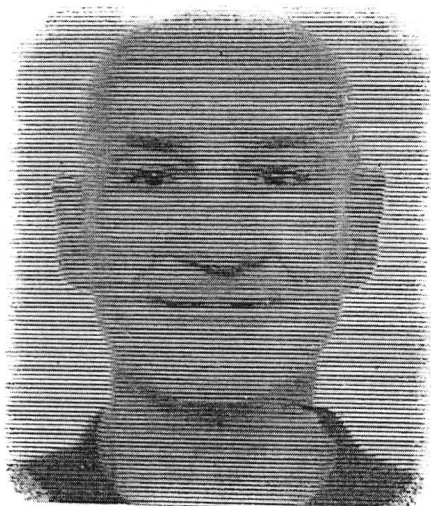
المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

عبد الفتاح

رفاص

مزداد بتاريخ

ب تازة



ABDELFETTAH

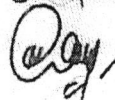
REFASS

Né le

31.12.1960

à TAZA

المدير العام للأمن الوطني


عبد اللطيف حموشي



CAN 087549

N° B394551 رقم

صالحة إلى غاية 14.02.2031 Valable jusqu'au