

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

pec

683

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 18/01/2024
N° :240118110111HO

191814

Nom patient : AOUAD M Hamed

Prise en charge : MUPRAS

Traitements CATARACTE OD
CATARACTE OD

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR BLOC OPERATOIRE		1	FC	400,00	400,00
		25	k130	130,00	3 250,00
				Sous-Total	3 650,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. SABIR NADIA (ophtalmologue) ANESTHESISTE		30	k130	130,00	3 900,00
		30	k40	40,00	1 200,00
				Sous-Total	5 100,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE		10	k130	130,00	1 300,00
				Sous-Total	1 300,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
DIX MILLE CINQUANTE DIRHAMS

Total devis 10 050,00



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 17/01/2024

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00683 e-mail : _____ Phones : 06 63 18 80 44
 Nom et Prénom de l'adhérent : AOUAD M'HAMED
 Nom et Prénom du bénéficiaire : AOUAD M'HAMED

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) _____

coté ost = 1 pharmacologie
 ore mife et place d'un
 Implant ost

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):

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.