



Demande de prise en charge

Rabat, 16 janvier 2020 12:53:47

Référence : 2 428 558

Service demandeur : PROGRAMME

Type de demande : ACTE CHIRURGICAL

A l'aimable attention du service des prises en charge de MUPRAS-RAM

Nous avons l'honneur de vous demander de bien vouloir accéder à notre demande de PEC concernant :

Adhérent		Bénéficiaire	
Nom et prénom	: BEN CHARKI RACHIDA	Nom et prénom	: MOULOUDI MARWA
IPP	: 1 337 227	IPP	: 1 337 227
N° C.I.N	: W28941	N° C.I.N	:
Téléphone	: 0670178411	Téléphone	: 0670178411
		Date de naissance	: 21/04/1996

Traitement envisagé						
Code	Traitement	Lettre	Cotation	Qte	Prix u.	Total
ACTES						
CX06	CATHETERISME GAUCHE ET DROIT			1,00	6 000,00	6 000,00
CV93	FERMETURE PERCUTANEE CANAL ARTERIEL			1,00	25 000,00	25 000,00
				Total : 31 000,00		

Arrêté le présent devis à la somme de trente et un mille et xx / 100

Montant total : 31 000,00

Info Clinique :

Médecin Traitant : DR.NAILA

N.B:

Le montant total de la présente demande de prise en charge est estimatif et n'a aucun caractère définitif.

Il est établi sur une base prévisionnelle à la demande du corps médical.

Le devis ne comporte pas les soins supplémentaires qui peuvent être dus à des évolutions imprévues.

Signature et cachet de l'Hopital