

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

15414

Annulée et remplacée
mpe 293

DEVIS

Date 04/01/2020
N° : 200104125629ME

Nom patient : AZIZ ALLAL

Prise en charge : MUPRAS

Traitements HOSPITALISATION

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
ECHO COEUR		1	K	900,00	900,00
ECHO TSA		1	K	900,00	900,00
ECG		1		100,00	100,00
SOINS INTENSIFS		3	Jour	1 000,00	3 000,00
SEJOUR		1	Jour	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE		180	KC	25,00	4 500,00
RADIO		3		150,00	450,00
Sous-Total					10 250,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
LABO OTHMANI (laboratoire)		1		1 345,00	1 345,00
Dr. ACHARGUI ANIS (traumatologue)		180		40,00	7 200,00
Pr. HARTI ABDESSLAM (anesthésiste)		90		30,00	2 700,00
Dr. BIDANI AHMED (cardiologue)		1		400,00	400,00
Dr. EQUIPE REANIMATEURS (anesthésiste)		3		900,00	2 700,00
Sous-Total					14 345,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE		1	PH	4 560,00	4 560,00
Sous-Total					4 560,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
VINGT-NEUF MILLE CENT CINQUANTE-CINQ DIRHAMS

Total devis 29 155,00

CLINIQUE VILLE VERTE
Société d'Investissement
à responsabilité limitée
Capital 100000000 Dirhams
SIREN 125629
21/01/2020

ml 293



Annulée et Remplacée

Le 7 janvier 2020

CL VILLE VERTE
CASA GREEN TOWN BOUSKOURA
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE
N/REF : : 20200070001831
Adhérent : AZIZ ALLAL

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ALLAL AZIZ.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 11403.60 MAD
- Restant à charge adhérent : 8141.40 MAD

Validité de prise en charge : du 07-01-2020 au 07-04-2020.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ALLAL AZIZ.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture. Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire.
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'Identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture

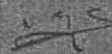
Casa de 03/01/2020

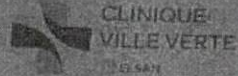
Déclaration sur l'honneur

Je soussigné M. AZIZ ALLAL, Titulaire de la
CIN. B12340, RLE 203, demeurant au
n° 143, Lotissement Florida,

Déclare sur l'honneur que en montant la marche de
la cuisine de mon Domicile, j'ai glissé et Tombé.

Signé M. AZIZ ALLAL





Casablanca, le 03/01/2020

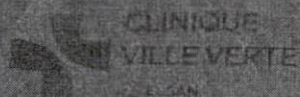
Patient : AZIZ Allal

RADIOGRAPHIE DU FEMUR FACE+PROFIL

Fracture pertrochantérienne du fémur gauche.

Merci de votre confiance DR LYAFY MOHAMED

CLINIQUE VILLE VERTE
03 22 51 23 23
Tél : 03 22 51 23 23
Fax : 03 22 51 23 23

**PLI CONFIDENTIEL**

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les renseignements cliniques concernant :

Mr/Mme Mr. AZIZ ALAL

Ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher confrère, à mes considérations les meilleures.

Diagnostic et motif des soins :

Examens cliniques :

HTA - Diabète sucré

Traitement proposé :

Insuline peritachmteris
(Glucoside Caluma)

Durée prévisible des soins :

Date de début :

Date de fin :

NB : Ce traitement est susceptible d'être modifié en fonction des évaluations et l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 03 / 01 / 2020
Cachet et signature du médecin traitant