

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

Professeur

Chirurgie Traumatologique - Orthopédie

الدكتور حرفاوي عبد النصر

أستاذ

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

07/09/2020

Cheliot T

Docteur HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique - Orthopédie
Clinique des Iris Casablanca
Tél : 05 22 94 54 12
E-mail : h.harfaoui@gmail.com

38987

Lesion menisque interne

genou droit

prevue chez chirurgie

PEC = 8752

0661 310005

HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique - Orthopédie
22, rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca
Tél : 05 22 94 54 12

K80

MI PRAS
07 SEP 2020
ACCUEIL

CLINIQUE RACINE

CLINIQUE RACINE

Multidisplinaire

Av. bd. Massira - Rue El Jihani
Tél : 022 94 22 66 / 94 21 43 (L.G) Fax: 022 94 21 28
IP 40301165 - TP 35714435
ICE 001746250000040
Casablanca

مصححة راسين
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

D E V I S

الدار البيضاء في

Date	Nom du patient	Modalités de paiement	Références
07/09/2020	MR CHELIAT TAREK	MUPRAS	2009071152/

Diagnostic

Désignations des prestations	Lettres	Nbre	Prix unitaire	Montant Dirhams
CLINIQUE				
CHAMBRE	CH	1,00	400,00	400,00
SALLE OPERATION	K	80,00	25,00	2 000,00
PHARMACIE		80,00	15,00	1 200,00
TOTAL CLINIQUE				3 600,00
HONORAIRES				
Dr. BENLYAZID (anesthésiste réanima)		40,00	30,00	1 200,00
Pr. HARFAOUI ABDENNACEUR (traum)		80,00	30,00	2 400,00
TOTAL HONORAIRES				3 600,00
Arrêté le présent devis à la somme de :				
SEPT MILLE DEUX CENTS DIRHAMS				
TOTAL GENERAL				7 200,00

CLINIQUE RACINE
Av. bd. Massira - Rue El Jihani
CASA Tél: 0522 94 22 66
Fax: 0522 94 21 28

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / / 20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. **CHELIAT TAREK**
Nécessite **Lesion ménisque interne genou droit**
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) **K80**

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.