

52378

المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



Le devoir de vous protéger

0000858236 1 12/06/1960  
KHAOUDI  
BOUCHAIB PC MUPRAS  
202004529 18/12/2020  
CHR.GLE & VISCERALE  
SALLE LIT

مصحة  
POLYCLINIQUE



الإنارة II  
INARA II

E  
IT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Retention urinaire

+

Abcès prostatite

3) Traitement envisagé et actes :

Antibiotique

(+)

SIS colposcopie

2) Durée prévisible du traitement :

A 03 mois LE 18/12/2020

DR ELMESSAUDI YOUSSEF  
CHIRURGIEN UROLOGIE  
Signature



1 0681804555  
1 0681804826

PEC

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 20/12/20...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1543 e-mail : Nom et Prénom de l'adhérent : KHAOUEDI Phones : 0674370077  
Nom et Prénom du bénéficiaire : Bouchaib

DR ELMESAOUDI YASSIR ARAFAT  
CHIRURGIEN UROLOGUE

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR ELMESAOUDI YASSIR ARAFAT  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. : Bouchaib 30 octobre  
Nécessite : hospitalisation  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : Saj. (3j)

Une hospitalisation de (approximatif) : Poly clinique Inmar  
A (préciser l'établissement hospitalier) : Poly clinique Inmar

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Sebectu : celi n'a pas + Abcès de la vessie  
Sebectu : Sebectu

Cachet, date et signature du praticien

DR ELMESAOUDI YASSIR ARAFAT  
CHIRURGIEN UROLOGUE

## 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.

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE INARA II

## A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

— NOM ET PRENOM  
DU MALADE

Rhaouia Bouchaïb

— SERVICE D'HOSPITALISATION  
DU MALADE

Dr Zes

— MEDECIN RESPONSABLE

Dr Hassane

— MOTIF DE L'HOSPITALISATION

Ver Mi cag

— DATE PREVISIBLE DE  
L'HOSPITALISATION

— CAS D'URGENCE  
HOSPITALISTE LE

— PIÈCE  
JOINTE

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

## A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

— CACHET DE  
L'EMPLOYEUR

NUMERO DE POLICE

— NOM ET PRENOM  
DE L'ASSURE

NUMERO D'AFFILIATION  
DE L'ASSURE

— RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

— NOM ET  
PRENOM

LIEN  
DE  
PARENTE

— DATE DE  
NAISSANCE

## RESERVE A L'ASSUREUR

### AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

AVIS FAVORABLE  
ACCORDE LE \_\_\_\_\_

AVIS DEFAVORABLE  
MOTIF \_\_\_\_\_

SIGNATURE  
ET CACHET  
DE L'ASSUREUR

DATE

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

### ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR	S. INT.	Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. NORMAL	03	550,00	1650,00

### NATURE DES PRESTATIONS

COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX \_\_\_\_\_

ACTES CHIRURGICAUX \_\_\_\_\_

ANESTHESIE \_\_\_\_\_

SALLE D'OPERATION \_\_\_\_\_

SOINS INTENSIFS \_\_\_\_\_

SURVEILLANCE MEDICALE \_\_\_\_\_

EXAMENS K10 225,00

RADIOLOGIE \_\_\_\_\_ 160,50

BIOLOGIE \_\_\_\_\_ 858,40

FOURNITURES \_\_\_\_\_ 788,30

PHARMACIE \_\_\_\_\_

AUTRES \_\_\_\_\_

TOTAL DE L'ESTIMATION

3681,38

TOTAL

Cette estimation n'est établie qu'à titre indicatif et est susceptible de modification en cas de prolongation justifiée de l'hospitalisation ou en cas de complication.

DATE

27/12/2020

VISA ET  
CACHET  
DE LA  
POLYCLINIQUE

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A  
CURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND

CE JOUR SOIT DH \_\_\_\_\_

EN CHIFFRE \_\_\_\_\_

EN TOUTES \_\_\_\_\_

LETTRES \_\_\_\_\_

VISA ET  
CACHET  
DE L'ASSUREUR