

CLINIQUE IBN ZOHR

مصحة ابن زهر

10.8.2021

CLINIQUE IBN ZOHR	
INPE	060062718
Médecin traitant: DR	LARABI

Organisme gestionnaire d'assurance maladie
Berrechid le :
MUPRAS

DEVIS N°		W6027144257	
Assuré		Bénéficiaire des soins	
Nom et prénom	SAMAOUI LAIDI	Nom et prénom	SAMAOUI LAIDI
N°IMMATRICULATION		Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
N° CIN	W60271	N° CIN	W60271
DATE D'ENTREE	02/03/2021	DATE SORTIE	12/03/2021
		Diagnostic	Résection du rectum par voie abdominale

PARTIE CLINIQUE

Frais de séjour	Nombre jours	PU	Total
Séjour normal	3	800,00	2 400,00
Réanimation	4	1 800,00	7 200,00
Réa. néo natale			
Soins intensifs	3	1 000,00	3 000,00
Cuveuse			
Prestation	coef	PU	Total
Bloc opératoire	300	25	7 500,00
Pharmacie chirurgicale	300	15	4 500,00
Fourniture		PU	Total
Pharmacie médicale	1	4500	4 500,00
CLOU GAMA			
Oxygénothérapie			
Exploration	Qté	PU	Total
ECG	1	200	200,00
RX			
ECHO-CŒUR			
Echographie DOPPLER			
Monitoring			
TOTAL CLINIQUE			29 300,00

HONORAIRES DES PRESTATIONS

	Qté	PU	Total
Actes Chirurgicaux	300	30	9 000,00
Actes Anesthésie-Réanimation	150	30	4 500,00
Honoraire Anesthésie-Réanimation			
Surveillance en réanimation	4	900	3 600,00
Surveillance en soins intensifs	3	400	1 200,00
Surveillance en chambre médicale			
ConsultationPEDIATRE..... (DR			
Consultation (DR			
Consultation (DR			
TOTAL HONORAIRES DES PRESTATIONS			18 300,00
TOTAL GENERAL			47 600,00

Arrêté la présente facture à la somme totale de
(en Dirhams et en toutes lettres)

QUARANTE SEPT MILLE SIX CENT

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

CLINIQUE IBN ZOHR مصحة ابن زهر

PLI CONFIDENTIEL

D. SEDDIKI Kamal
Spécialiste Réanimateur
H. Zohr
Berrechid - BERRECHID
NPE - 061256145

• Nom : Samahine Hana
• DATE : 02/03/2011

• TRAITEMENT : occlusion sur
volumineux périméal
ATCD : Parkinsonien
en phase (trouble de
déglutition + toux inefficace)

• DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :
4j : Réa + 3j : USI + 3j : ch Normale.
chirurgie résection anastomose colique.
Avis neuro. Transfusion 4 PFC + plasmine
traitement.

Dr SEDDIKI Kamal Signature
Spécialiste Anesthésiste Réanimateur
Clinique Ibn Zohr
Adresse : 46, lot El Amal - BERRECHID
Tél : 0522325884 INPE - 061256145

46, Lot El Amal - BERRECHID - Tél / Fax : 05 22 32 58 84 : فاكس / الهاتف - برشيد - 46 - تجزئة الأمل - E-mail : cliniqueibnzohr@gmail.com

9696
64741



Le 4 mars 2021

An nu te 46, Lot El Amal - Berrechid

CL IBN ZOHR BERRECHID
46 LOTISSEMENT AL AMAL
BERR, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
N/REF : : 20210630008450
Adhérent : SAMAOUI LAIDI

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de LAIDI SAMAOUI.

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 : 21895.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 9005.00 MAD

Validité de prise en charge : du 04-03-2021 au 04-06-2021.

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 LAIDI SAMAOUI.

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



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 pli.
- 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

Centre d'affaire Allal Benabdellah, 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage, Casablanca.
Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Adm