

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

**114942**

## DEVIS ESTIMATIF

Date 12/05/2022

N° : 220512115019LA

Nom patient : **AKRAM ABDELMAJID**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **CATARACTE**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR BLOC OPERATOIRE PHACO		1	Jour	550,00	550,00
		130	KC	25,00	3 250,00
		1		1 000,00	1 000,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>4 800,00</b>
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
K CHIRURGICAL K ANESTHESIE		130	KC	25,00	3 250,00
		40	K AREC	25,00	1 000,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>4 250,00</b>
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE		130	Kc	10,00	1 300,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>1 300,00</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :  
**DIX MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS**

**Total devis**

**10 350,00**

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Rabat  
Tél: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54  
N° INP 090061862, N° ICE 001740003000026*

PLI CONFIDENTIEL



Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme AKRAN Abdelmajid ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

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

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Cataracte OD+

TRAITEMENT PROPOSE :

Phaco + ICP OD+ Kc 130

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

15 j

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 12/05/2022

Cachet et Signature du Médecin



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 10/5/2022

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1624 e-mail : abak1fr2@hotmail.com Phones : 05 2293 2094  
Nom et Prénom de l'adhérent : AKRAM ABDELNAJID  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

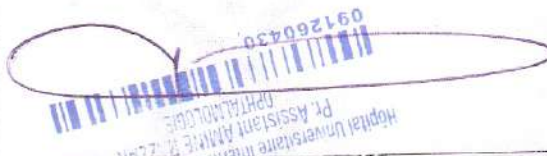
## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Akram Abdelnadjid  
Nécessite :  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : Phare en l'opération  
Implantation 1130 oeil droit  
Une hospitalisation de (approximatif) 15  
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):  
Cataracte oeil droit

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.