

PEC
10657

CASABLANCA, LE 01/08/2022

(06 78 70 374) 10657 DEVIS

M-22-08-0027-055

N° D220008248 01/08/2022

MERIEM F

124609

Nom et prénom du patient : BARDI MOHAMED

Prise en charge : MUPRAS (RAM)

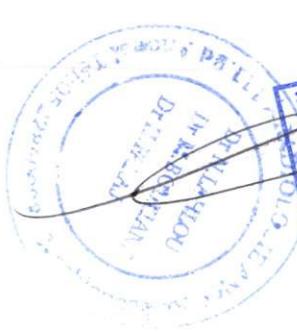
Traitements : Examen radiologie

Examen radiologie

Examen radiologie	Nombre	Prix unitaire	Montant
TDM MAIN	1	1 200.00	1 200.00
		Sous-Total	1 200.00

(*) Produits facturés à l'unité

Total devis 1 200.00



Dr. ABOU EL FADEL Omar

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique Chirurgie Prothétique
Echographie -Chirurgie de la Main
Allongement Osseux - Maladie du Dos
et Médecine du sport



د. أبو الفاضل عمر

إخلاصي في جراحة العظام و المفاصل
المفاصل الإصطناعية - تطويل الأطراف
الفحص بالصدري جراحة اليد
الام الظهر والطب الرياضي

Bouskoura, Le : 01 / 08 / 77

*Bazdi
Mohamed*

Publiert unter
un Traumatologie
se doigt main gch
Fracture articulaire I Pr



*Faire T.D.R.
se doigt gch*

Tél:05 22 25 40 79.Urgence:07 62 75 44 48.E-mail : casaortho@gmail.com

Adresse: 3011 Route Bouskoura 22 Lotissement Sofia 1er Etage
Appt N°6, à Coté De La Mosquée Al Saoud1,bouskoura

3011 طريق بوسكورة 22 تجزئة صوفيا الطابق 1 الشقة 6 بجانب مسجد آل سعود 1 بوسكورة



10657

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / /20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 10657 e-mail : Phones : 06.78.70.37.49
Nom et Prénom de l'adhérent : Boudjed
Nom et Prénom du bénéficiaire : Dr. ABOU EL FADEL

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Boudjed Mohsen
Nécessite Boulam TDR man gela
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

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):

Fracture articulaire de LIPP
Se droigt gela

Cachet, date et signature du praticien

Dr. ABOU EL FADEL Omar
دكتور أبو الفضل عمر
Spécialiste en Traumatologie Orthopédie
Dr. Bouskoura Centre de Santé et de Recherche
Tél.: 06 78 70 37 49

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.

