



090061078

Devis Final

CASABLANCA Le : 14-01-2023

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : CJO23A12115958

Nom & Prénom : M. OUAD ABDERRAHIM

C.I.N : B142486

Adresse : LOT WAFA H NR 96 DEROUA BERRECHID

N° Identifiant : 071945/23

C. Débiteur**Organisme : MUPRAS**

ICE :

Adresse : AEROPORT CASA ANFA CASABLANCA

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 12-01-2023

Date Sortie : 14-01-2023

Traitement : HOSPITALISATION

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : OUAD ABDERRAHIM

Médecin traitant : DR . OUAZZANI TOUHAMI MEHDI

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Organisme
SOIN INTENSIF						
2	SEJOUR SOINS INTENSIFS		1 000,00			2 000,00
						Total Rubrique : 2 000,00
RADIOLOGIE						
1	ECHODOPPLER DU MOLLET		900,00			900,00
1	ANGIOSCANNER THORACIQUE		2 800,00			2 800,00
1	ECHO COEUR		650,00			650,00
1	ECHO TSA		600,00			600,00
						Total Rubrique : 4 950,00
INTERVENTION						
1	CORONAROGRAPHIE		6 000,00			6 000,00
						Total Rubrique : 6 000,00
PRESTATIONS						
1	ECG		150,00			150,00
						Total Rubrique : 150,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		1 357,56			1 357,56
						Total Rubrique : 1 357,56
	PARTIE CLINIQUE :					14 457,56
HONORAIRES MEDICAUX						
2	DR. SURVEILLANCE MEDICALE (ANESTHESIE-REANIMATION)		400,00			800,00
2	DR. ABDELAOUI BADRE (CARDIOLOGIE)		200,00			400,00
						Total Rubrique : 1 200,00
LABO EXTERNE						
1	HPC LABO		2 033,50			2 033,50
						Total Rubrique : 2 033,50
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						3 233,50
Arrêté la présente facture à la somme de :					TOTAL GENERAL	17 691,06

DIX-SEPT MILLE SIX CENT QUATRE-VINGT-ONZE DIRHAMS SIX CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

QUATORZE MILLE CENT CINQUANTE-DEUX DIRHAMS QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA - OASIS
 123, AV. Abderrahim Bouabid
 CASABLANCA
 Tel : 05 22 23 81 81 - Fax : 05 22 23 81 82
 INPE - 090061078 - SCE . expédition

A Remplir par l'Employeur

Cachet de l'Employeur

Assuré

Nom & Prénom

Matricule Assuré

Bénéficiaire

Nom & Prénom

Lien de parenté

Matricule Bénéficiaire

Date de naissance

A Remplir par la Clinique

Nom & Prénom du Bénéficiaire

CHASE CANSEN

N° CIN ou Autres (Préciser)

3369887

Médecin Traitant

Dr. DURRANT

Motif d'Hospitalisation (Actes)

U.R.C

Hospitalisation en urgence le

11/01/2023

Hospitalisation Prévue le

 Nbre de pièces jointes :

Certificat Médical Confidetiel Obligatoire

Réservé à la Caisse

Prise en charge N°

Avis Technique du médecin Conseil

Signature et cachet du contrôle

Cachet réception

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

Frais de séjour	Nbr Jours	PU	Total
Durée Probable	Séjour Normal		
	Soins Intensifs ⁽¹⁾	05 1000	5000
	Réanimation ⁽¹⁾		
	Couveuse		

Estimation de la CN

Taux Remboursement	Montant

Nature des Prestations

Actes

Visites Avis Cardiologue 5 200 1000

Actes Médicaux

Actes Chirurgicaux

Anesthésie

Bloc Opératoire / Salle d'accouchement

Surveillance Réanimation (1)

Surveillance Médical (2)

05 400 2000

Examens (détailés)

Radiologie (standard RM scanner, Echo...) 1 2800

Biologie 1 3000

Autres (Anapath, ECG, EEG, FIBRO, Colono...) 1 100

Echo Bleu Fournitures 1 800

Pharmacies (3) 1 5000

Matériels Osteo-Synthèse, Sang, Plasma

Total De l'Estimation 19700

Date: 12/01/2023

VISA, CACHET DE LA CLINIQUE ET NOM DE SIGNATURE

CLINIQUE JERRADA - OASIS

Bouabid

En Chiffres :

CA

En toutes Lettres :

VISA, CACHET DE LA CAISSE ET

Prise en charge accordée



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
جراڈا الوجازيس

Le 14.07.2023

Pli confidentiel

Mr/Mme C.H. AIB LA HSEN , âgé(e) de

..... ans, admis(e) à la Clinique Jerrada Oasis pour prise en charge

d'un(e) A.Y.C signature

Son état nécessite un séjour de jours en réanimation et R.J.

en USI ainsi que différents bilans radiologiques, biologiques et avis :

.... A.Y.C signature


Signature

