

147581

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE  
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIOTHÉRAPIE - CHIOTHÉRAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405



CASABLANCA LE .....  
**DEVIS**

F-22-06-0032-073

N° D230000851 31/01/2023

aya

Nom et prénom du patient : **FOUAD ZOHRA**

Prise en charge : **MUPRAS (RAM)**

Traitements : **Chimiothérapie**

3ème cure de 1 j, Intervalle entre cures : 21 j

Examen chimiotherapie	Nombre	Prix unitaire	Montant
FORFAIT DE CHIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE	1	1 000.00	1 000.00
		<b>Sous-Total</b>	<b>1 000.00</b>
Pharmacie	Nombre	Prix unitaire	Montant
ZARZIO 30 MUI*	6	168.00	1 008.00
ZONOS 4 MG	1	1 088.00	1 088.00
		<b>Sous-Total</b>	<b>2 096.00</b>
(*) Produits facturés à l'unité			Total devis
			<b>3 096.00</b>

العنوان: 2-4 Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370 | المقر الرئيسي: 2 و 4، زنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء، مغاريف، المغرب | تلفون: +212 520 48 72 00 | البريد الإلكتروني: www.centrealkindy.ma | البريد الإلكتروني: alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | رقم التسجيل: 35806396 | رقم التأمين الاجتماعي: CNSS: 2026913 | رقم التأمين الاجتماعي: ICE: 000 205 043 0000 17

العنوان: 2-4 Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370 | المقر الرئيسي: 2 و 4، زنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء، مغاريف، المغرب | تلفون: +212 520 48 72 00 | البريد الإلكتروني: www.centrealkindy.ma | البريد الإلكتروني: alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | رقم التسجيل: 35806396 | رقم التأمين الاجتماعي: CNSS: 2026913 | رقم التأمين الاجتماعي: ICE: 000 205 043 0000 17

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370 | المقر الرئيسي: 2 و 4، زنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء، مغاريف، المغرب | تلفون: +212 520 48 72 00 | البريد الإلكتروني: www.centrealkindy.ma | البريد الإلكتروني: alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | رقم التسجيل: 35806396 | رقم التأمين الاجتماعي: CNSS: 2026913 | رقم التأمين الاجتماعي: ICE: 000 205 043 0000 17

Accueil Général : +212 520 48 72 00 /01

: +212 522 39 33 33

Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03

Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07

Service Caisse : +212 520 48 72 09

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الاستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....



090001405

31 Janvier 2023

**A L'ATTENTION DE MONSIEUR  
LE MEDECIN CONSEIL**

Mon cher confrère,

Madame **FOUAD ZOHRA**, est suivie au Centre de Traitement Al-Kindy pour un carcinome mammaire.

La patiente nécessite un traitement par biphosphonates, 3<sup>ème</sup> cure de 01 jour selon le protocole suivant à raison d'une cure tous les 28 jours :

- ZONOS 04 mg J1

**A NOTER QUE LA DATE DU TRAITEMENT EST  
PREVUE POUR LE 31/01/2023.**

Veuillez agréer, Mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

M. EL M. MORCHID  
Radiation Oncologue  
INP : 091058651  
Centre Al Kindy - Casablanca

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 31.01.2023

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... e-mail : ..... Phones : .....  
 Nom et Prénom de l'adhérent : .....  
 Nom et Prénom du bénéficiaire : **FOUAD ZEHRA**

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

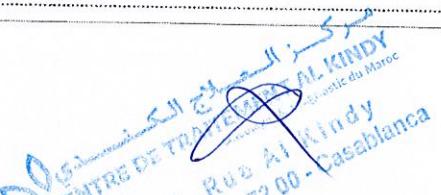
Je soussigné : .....  
 Estime que l'état de santé de Mlle (Mme) M. **Fouad Zehra**  
 Nécessite **Traitement pour Chimiothérapie.**  
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)  
**Chimiothérapie.**

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) :

**Carcinome mammaire métastatique.**

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.