

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

N° 230209110457AM

09/02/2023

AMAL

Nom patient : **SEKALLI TAOUFIK**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **TUMEUR CUTANEE+AUTOPLASTIE+GRE**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
	CHAMBRE DOUBLE SALLE OPERATION	1	K60+K40/2	400.00	400.00
		80		25.00	2 000.00
		Sous-Total		2 400.00	
HONORAIRES		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
	Dr. BENNIS RACHID (anesthesiste) Pr. KADIRI FATMI 2 (o r l)	30	AREK	30.00	900.00
		80	K60+K40/2	30.00	2 400.00
		Sous-Total		3 300.00	
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
	PHARMACIE	80		10.00	800.00
				Sous-Total	

Total devis

6 500.00

Part Patient

0.00

Part Organisme

0.00

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 05 22 29 48 36 / 37
Fax : 05 22 22 03 57
Service Facturation

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087

Patente: 35504150 - ICE: 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36 / 37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



43 شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج : 1037680 رقم التعريف : 01020458 س.ت : 74087 البتاتنا: 35504150

الهاتف 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36 / 37

الفاكس : 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le / / 20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1428 E-mail : taoufikskali@gmail.com Phones : 0661141376
Nom et Prénom de l'adhérent : Skali Taoufik
Nom et Prénom du bénéficiaire : Skali Taoufik

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr KADRI HASSAN Mohamed Ce fatmi
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. SKALI TAOUFIK
Nécessite Une Résection d'une tumeur d'allure maligne Retractilisme + Autoplastie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :
Exercice Tumeurs cutanées + Autoplastie locale + greffe de
peau du site donneur K60 + K402
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):

Exercice Tumeurs cutanées / Exercice
large de 6 cm le long du tumeur
Autoplastie locale (Autoplastie locale) + greffe de peau de site donneur

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.