

# CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE  
19 , Bd Franklin Roosevelt  
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

Nom patient		Entrée	Sortie
	SADDIQI NOUREDDINE		
Prise en charge	MUPRAS		27/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
REANIMATION	4.00		1 800.00	7 200.00
TDM	1.00		1 000.00	1 000.00
ECG	1.00	K12	150.00	150.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>8 350.00</b>
PHARMACIE	1.00	PH	4 500.00	4 500.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>4 500.00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>12 850.00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	4.00	K	1 500.00	6 000.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>6 000.00</b>
LABORATOIRE MESBAHI (laboratoire)	1.00	LABO	3 000.00	3 000.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>3 000.00</b>
<b>Total prestations externes</b>				<b>9 000.00</b>
			<b>Total général</b>	<b>21 850.00</b>

**CLINIQUE DU VAL D'ANFA**  
 19, Bd. Franklin Roosevelt  
 CASABLANCA  
 Tél: 0522 36 87 87 - 0522 39 60 10/13  
 05 22 39 69 36 / 37  
 Fax : 0522 39 14 39



NOTE CONFIDENTIEL  
DU MEDECIN TRAITANT

Concernant : Mr Seddigi Noureddine

Date de constatation de l'état du malade ..... 27/4/2022

Renseignements cliniques sommaires :

- Atteins pour thrombopénie hémorragique olécrâniale avec greve optique moyenne sur triple association : Xadelsi feldene etodolac aspirine (succinylate de mejetine)
- Rondis bilatéraux
- SpO<sub>2</sub> = 87%
- Taux de plaquettaires
- de globulins sériques

Avec drapé flutter auriculaire - cardiopathie ischémique (stents)

Traitemen envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information à la Demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série)

- 04 jours réanimation sauf complications
- 04 jours en clairance
- 04 jours - 04 jours
- 04 jours radiographie (TDM)

Dr FAOUZI TAZI  
Anesthésie - Réanimation  
Clinique du Val d'Anfa

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ..... / ..... /20....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... e-mail : ..... Phones : .....

Nom et Prénom de l'adhérent : .....

Nom et Prénom du bénéficiaire :

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : **Docteur Tazi FAOUZI**

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. **SABRI Nourredine**.

Nécessite **une hospitalisation en réanimation.**

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

*Dr. Faouzi TAZI  
Anesthésie - Réanimation  
Clinique du Val d'Anfa  
CASABLANCA*

*(Mononie broncho-alvéolaire hémoptique/ sous  
xarelto)*

Une hospitalisation de (approximatif) **10 jours (fix)**

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) :

*Inondation hémostique bronches - alvéolaire  
avec de forte respiratoire sur mise concomitante  
(Bribillettes & fiole) de xarelto + aspirine + AINS  
(Siciétalges rebels)*

Cachet, date et signature du praticien

*Dr. Faouzi TAZI  
Anesthésie - Réanimation  
Clinique du Val d'Anfa  
CASABLANCA*

## 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.