

# CLINIQUE VAL D'ANFA

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

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

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
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
			Sous-Total	8 350.00
PHARMACIE	1.00	PH	4 500.00	4 500.00
			Sous-Total	4 500.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>12 850.00</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	4.00	K	1 500.00	6 000.00
			Sous-Total	6 000.00
LABORATOIRE MESBAHI (laboratoire)	1.00	LABO	3 000.00	3 000.00
			Sous-Total	3 000.00
<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 :

M. Saddiqi Noureddine

Date de constatation de l'état du malade

27/4/2022

Renseignements cliniques sommaires :

- Admis pour inondation hémorragique alvéolaire avec pneumothorax majeure sur triple association : xagelco, feldene + cardioaspirine (siatalepis moyennes)
- Anchus bilatéraux
- SpO<sub>2</sub> = 87%
- Taux = 5.4 mmol/l
- Leucocytose

ATCD - Diabète - flutter auriculaire - cardiopathie ischémique (Stent)

Traitement 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 sans complications
- 02 jours en chambre
- 01 jour - 02 jours
- 01 jour radiologique (TDR)

  
Dr. Faouzi TAZI  
SIGNATURE  
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 Dr. Faouzi TAZI  
Anesthésie - Réanimation  
Clinique du Val d'Anfa  
CASABLANCA  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. SABIRI Noureddine  
Nécessite une hospitalisation en réanimation  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) .....  
(Inondation broncho-alvéolaire hémorragique/sous  
xarelto)  
Une hospitalisation de (approximatif) 10 jours (six)  
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 hémorragique broncho-alvéolaire  
avec détresse respiratoire sur prise concomitante  
(fibrillation atriale) de xarelto + aspirine + Aïrs  
(surtout rébell)

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.