

DEVIS

Pour : l'enfant **HABIB ALLAH**
Ilyass

DEVIS N° : N° 295/23
Date Devis : 01/03/2023

Suite à votre demande de prix, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-après notre
meilleure offre de prix

| Désignation | Quantité | Prix unitaire HT en DH | Montant en HT DH |
|--|----------|---------------------------|---------------------|
| *Orthèse brachio palmaire coude poignet en supination | 1 | 3 900,00 | 3 900,00 |
| Montant total HT | | | 3 900,00 |
| Montant total TVA 0% | | | 0(*)DH |
| Montant total TTC | | | 3 900,00 |

Les ventes d'appareillages spécialisés, destinés exclusivement aux personnes handicapées, sont exonérés de la TVA (CGI
2012 Section III Art 91 VI 2°)

Arrêté le présent devis à la somme de trois mille neuf cent Dirhams HT

Direction

Medic PRO
9 Rue Grasset, 4^{ème} Etage B1 Appt M1
Quartier des Hôpitaux Casablanca
medicpropatient@gmail.com
Tél : 0522 20 1373

MedicPro Siège :
Rue des hôpitaux, quartier des hôpitaux
Casablanca
05 22 27 03 55 - Fax: 05 22 22 15 64
007 780 000 409 90 00 0015 35 86

Medicpro Centre d'appareillage
9, Rue Grasset, quartier des hôpitaux
Casablanca
Tél: 0522 20 23 73 / 06 61 75 91 12
E-mail: medic.pro3@gmail.com

IF: 40234831
Patente: 36334855
RC: 226261
CNSS: 8571988
ICE: 0000550140000



M
Mul
& c
de

دكتور جبر الراحى الزفاس
Professeur A. REFASS
& Traumatologie - Chirurgie
Orthopédie Pédiatriques

27 FEV. 2023

HABIB ALLAH REFASS

3900 DH

Medicpro
9 Rue Grasset étage RD Appt M1
Quartier des Hopitaux Casablanca
medicpro@gmail.com
Tél: 0522 20 23 73

Séquelles de fracture
Supra-condyléenne

Brachio-pulvaire Gche

Coude à 90°, main à 90°
Le Supination, doigt en extension
pouce en abduction

Professeur A. REFASS
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
PÉDIATRIQUE
Tél.: 0522 20 23 73

56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bulevar Oasis - Casablanca
Tél.: 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - e-mail: a.refass@gmail.com
50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca
Tél.: 0522.231.877 (G) - 0661.667.356 - Fax: 0522.235.028

ou faxée à la MUPRAS le pre

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule :
 Nom et Prénom de l'adhérent : **Professeur A. REFASS**
 Nom et Prénom du bénéficiaire : **TRAUMATO-ORTHOPEDIE**
 Téléphone : **PEDIATRIQUE**
 Tél. : **94 20 00 - 0522 25 95 98**

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. : **HABIBULLAH**
 Nécessite : **10/28**
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : **Atte brachio-pulvinaire gauche**
 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) : **Sépulture de Fracture supra-condyléenne humérale**

Cachet, date et signature du praticien : **Professeur A. REFASS**
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
PEDIATRIQUE
 Tél. : **94 20 00 - 0522 25 95 98**
 INPE: 09111111

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

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.