

151808

CENTRE D'APPAREILLAGE  
ORTHOPÉDIQUE

**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  
L'appareillage orthopédique  
9 Rue Grasset Etage R+ Appt M1  
Quartier des Hôpitaux Casablanca  
medicpropatient@gmail.com  
Tél : 0522 20 23 73

edicPro Siège :  
Rue des hôpitaux, quartier des hôpitaux  
ablanca  
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  
Mut  
& c  
de

دكتور عبد الرحيم الرفاعي  
Professeur A. REFASS  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques  
Chirurgie

27 FEV. 2022

HABIB ALAAH 7yars

39000 DH  
Supra - Aasty Come  
Séquelles de fracture

**Médicpro**  
9 Rue Grasset 4<sup>th</sup> étage RD Appt M1  
Quartier des Hôpitaux Casablanca  
medicpropatient@gmail.com  
0522.231.811 0522.235.028

Fracture polaire che  
coude à 90°, main à 90°  
Le bras droit, droit en extension  
pouce en abduction

Professeur A. REFASS  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
PÉDIATRIQUE

56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bulle d'Oasis - 4<sup>th</sup> étage - 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. : 0522.231.811 (G) - 0661.667.356 - Fax : 0522.235.028



Reçu N° 00

Signat	Objet	Reçu de	Date
Reste	Montant	Cr. au	
Avance			



## DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	
Matricule : <b>Professeur A. REFASS</b>	Phones : <b>TRAUMATO-ORTHOPEDIE</b>
Nom et Prénom de l'adhérent <b>PEDIATRIQUE</b>	
Nom et Prénom du bénéficiaire <b>3 94 20 00 - 0522 25 95 98</b>	
<b>A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>	
Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <b>NAISSANCE</b> <b>10/02/88</b>	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
<b>PAelle fractio. postlare gache</b>	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
<b>STRICTEMENT CONFIDENTIEL</b>	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
<b>Réquelle le Fractu. supra- Candyenne humérale</b>	
Cachet, date et signature du praticien	
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS</b>	

### Décision :

B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour  
vivable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.