

## CLINIQUE TILILA

RC: AGADIR N°4343 IF: 06902512 ICE:001541351000015  
Cité prince Héritier Sidi Med, Rue Oujjaj AGADIR  
Tél: +212 5282-30202/+212 5282-36531

159477

D E V I S

→ Emergency Date : 04/05/2023  
No : 230504152618NI

Nº : 230504152618NI

Nom patient : MAZHARI KARIMA

Prise en charge : **MUPRAS**

## Traitements CESARIENNE CESARIENNE

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR SERVICE	4		400,00	1 600,00
BLOC OPERATOIRE	100		25,00	2 500,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>4 100,00</b>
HONORAIRES	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. ANAFLOUS RAJA (anesthesiste-rea)	50		30,00	1 500,00
Dr. EL HAFIDY KARIMA (gynecologue)	1		4 000,00	4 000,00
Dr. EL OUARZAZI JAMILA (pediatre)	2		400,00	800,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>6 300,00</b>
LABORATOIRE	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
	1		1 500,00	1 500,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 500,00</b>
MEDICAMENTS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE	100		15,00	1 500,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 500,00</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :  
**TREIZE MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS**

**Total devis** **13 400,00**

CLINIQUE TILILA PE2  
C.P.H Sidi Mohamed Rue Oujaj - AGADIR  
Tél: 05 28 23 05 30 / 05 28 23 02 02  
Fax: 05 28 23 02 04  
E-mail: [tilinique@mail.com](mailto:tilinique@mail.com)

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 04/05/2023.

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 10012 E-mail : YB.ENMOUEN.6.ROYAL Phones : +212 661417174

Nom et Prénom de l'adhérent : YASSIR BENMOUEN AIR MAROC.COM

Nom et Prénom du bénéficiaire : KARIMA MAZHARI +212 660071640

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

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

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

K 100

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) :

Géantienne pour grossesse jumelle  
le 1<sup>er</sup> jumeau en présentoir de siège

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.

