

# CLINIQUE RIF

Clinique Multidisciplinaire



# مصحة الريف

مصحة متعددة التخصصات

**Chirurgie**  
Viscérale - Urologie  
Gynécologie  
Traumatologie  
Neurochirurgie  
Chirurgie Plastique  
Chirurgie Pédiatrique  
Ophtalmologiste - ORL

**Médecine**  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Rhumatologie  
Dermatologie  
Gastrologie  
Pneumologie  
Pédiatrie Générale

**Urgences**

164236

- **الجراحة**  
الجراحة العامة - الكلية والمسالك البولية  
النساء والولادة - العظام - المخ والمغدد الفقري  
جراحة العين - الرأس والأنف والحنجرة

- **الطب**  
الطب الباطني - القلب والشرايين - الغدد والسكري  
طب الأطفال - أمراض الروماتيزم  
أمراض الجهاز النفسي - أمراض الجهاز العصبي

المستعجلات

Devis N° 00061

NOM : MOHO MOHAMMED

DATE : 06/06/2023

ORGANISME :

NATURE DE PRSTATION	UNITE	P.U	MONTANT
Séjour	1	600.00	600.00
ACTE CHIRURGICAL	K20	30.00	600.00
ANESTHESIE	K20/2	30.00	300.00
BLOC OPERATOIRE	K20	25.00	500.00
PHARMACIE	K20	15.00	300.00
<b>TOTAL</b>			<b>2300.00</b>

Arrêtée le présent devis à la somme de : deux mille trois cent dhs



En cas d'urgence contacter : 05 39 34 01 49  
في حالة الطوارئ يرجى الاتصال : 05 39 34 01 49

13, Avenue Moulay Rachid - Tanger Tél : 05 39 34 01 49 E-mail : cliniqueriftanger@gmail.com 13، شارع مولاي رشيد - طنجة



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PRAFFR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 06.06.2022

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 3651 E-mail : Phones : 0630823722

Nom et Prénom de l'adhérent : Moho Mohammed

Nom et Prénom du bénéficiaire : Moho Mohammed

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné Dr. HABIB ABDELLATI

Chirurgien

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

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Ablation d'un tumeur bénigne sur A.C.K. 20  
(C143)

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier)

clique Rif TANGER

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

Nº M21- 064299

Maladie

Dentaire

Optique

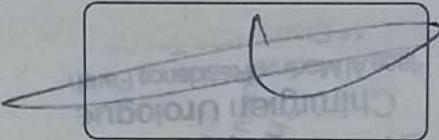
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3651	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Moha Mohammed			
Date de naissance : 03.03.1958			
Adresse : HAY SALAM Avn Imam Boubkari Psg 6			
N° 6 M'diq Maroc			
Tél. :	06 39 82 37 22	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06.06.2023

Nom et prénom du malade : Moha Mohamed Age : 68

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : lipome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-64299

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :