



191202

CASABLANCA, LE 18/01/2024

Demande de prise en charge

Nom et prénom du patient : BENNANI ABDELRHANI

ORGANISME : MUPRAS

ADMIS LE 18/01/2024

Hôpital Privé International de Casablanca
Angle Bd. Bir Anzane et Abou Isahak Shirazi
et Rue Ben Mhalla Quartier Mabit Casablanca N°8
Tél: 05 22 05 40 80 / 05 22 05 40 40
N°: 00292427900042 - IF: 50575193 - RC: 109051
N°PE: 060064839

Service	Nombre	Prix unitaire	Montant
JOURNEE D'HOSPITALISATION EN CHAMBRE	2	550	1100.00
SURVEILLANCE MEDICALE	2	200	400.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	2	200	400.00
PHARMACIE			2500.00
BILAN			2500.00
TDM THORACIQUE			1000.00
Total			7900.00

Hôpital Privé International de Casablanca
Angle Bd. Bir Anzane et Abou Isahak Shirazi
et Rue Ben Mhalla Quartier Mabit Casablanca N°8
Tél: 05 22 05 40 80 / 05 22 05 40 40
N°: 00292427900042 - IF: 50575193 - RC: 109051
N°PE: 060064839

المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء
HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

PLI CONFIDENTIEL

Cher Confrère,

Casablanca, le : 18/01/24

Je vous prie de bien vouloir renseigner les renseignements cliniques concernant :
Mr/ Mme DELRHANI BENNANI
Ayant droit à la carte d'identité : DR TAHIRI ILIAS

Je vous écris pour information et en vue démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher confrère, à mes considérations les meilleures.

Antécédent : ...

Diagnostic et motif des soins : ...

Examens cliniques : ...

Traitement proposé : ...

Durée prévisible des soins : ...

NB : Ce traitement est susceptible d'être modifié en fonction des évaluations de la maladie.

Casablanca, le 18/01/24

Cachet et signature du médecin traitant