

203385

Le 29 avril 2024

POLYCLINIQUE ATLAS
27 RUE JEAN JAURES
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0004558_1967-01-01_MINA
N/REF : 20241200028127
Adhérent : HAYAJ MINA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MINA HAYAJ.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 55954.28 MAD
- Restant à charge adhérent : 14545.72 MAD

Validité de prise en charge : du 29-04-2024 au 29-07-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MINA HAYAJ.

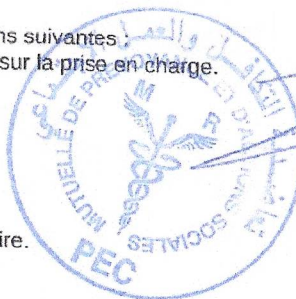
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations. *m*

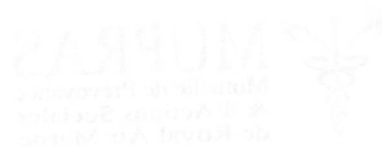
Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.





LE 20 AVRIL 1984

POLYCOPIER
27 RUE DE LA PAIX
33000 BORDEAUX

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 00000000000000000000
N° de : 00000000000000000000
Adhérent : 00000000000000000000

Monsieur, Monsieur

Nous vous remercions d'avoir pris en charge les frais de transport (BON A HAYAT)
Nous vous informons de notre prise en charge partielle de vos frais de transport
Le montant de la prise en charge est de 145,00 francs

- * Prise en charge partielle : 145,00 francs
- * Reste à charge adhérent : 145,00 francs

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de nos sentiments distingués.

Le Directeur de l'Agence de l'Intérieur, Monsieur, Monsieur

Centre d'Etudes de l'Intérieur, 48, Avenue de la République, 33000 BORDEAUX

Nous vous remercions d'avoir pris en charge les frais de transport (BON A HAYAT)

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de nos sentiments distingués.

Le Directeur de l'Agence de l'Intérieur

COPIES ET MODALITES

Le présent document est destiné à être utilisé par les agents de l'Agence de l'Intérieur
Il est interdit de reproduire ou de diffuser ce document sans l'autorisation écrite de l'Agence de l'Intérieur
Toute violation de ces dispositions sera punie de sanctions disciplinaires
Le Directeur de l'Agence de l'Intérieur

Casablanca, le 19/04/2024

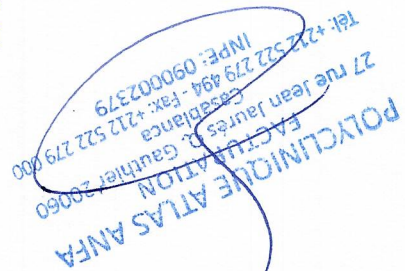
PLI
CONFIDENTIEL

Cher confrère,

Mme HAYAJ MINA, admise le 15/05/2024
adénocarcinome de la tête de pancréas son état nécessite une
duodénopancréatectomie céphalique (DPC) +
cholécystectomie, avec hospitalisation en réanimation
K300+k120/2 + 1 REA

Dr RADHI N

الدكتور نورالدين الراضي
Docteur N. RADHI
Chirurgien
Clinique Atlas - Casa
INPE: 091117671


POLYCLINIQUE ATLAS ANFA
27 rue Jean Jaurès
Casablanca
Tél: +212 522 27 94 94 - Fax: +212 522 27 90 00
INPE: 090002379

Centre-Change
Centre de soins
Centre de soins
Centre de soins

Centre-Change
Centre de soins
Centre de soins
Centre de soins

Casablanca le 15/05/2024

CONFIDENTIEL

Cher confrère,

Mme HAYAL MINA, admise le 15/05/2024
admission de la tête de patient son état nécessite une
diagnostique (DPC) et des
cholestérol, avec hospitalisation en traitement.

K300-41202-1 REA

Dr KADHI

Centre-Change
Centre de soins
Centre de soins
Centre de soins

Centre-Change
Centre de soins
Centre de soins
Centre de soins

Centre-Change
Centre de soins
Centre de soins
Centre de soins

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICPLINAIRE

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00

DEVIS

ANNULE ET Remplace

N° : H900524

15/05/2024

Nom patient : HAYAJ MINA

Prise en charge : R.A.M / MUPRAS

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
REANIMATION	1,00	JOUR	1 800,00	1 800,00
BLOC OPERATOIRE	360,00	Kc300+k120/2	25,00	9 000,00
			Sous-Total	10 800,00
PHARMACIE FF/CH= K X 15	360,00	PH	15,00	5 400,00
			Sous-Total	5 400,00
Total Frais Clinique				16 200,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	150,00	Karec	30,00	4 500,00
DR. EQUIPE CHIRURGIEN (chir.générale/co)	360,00		30,00	10 800,00
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea usi)	1,00	k150	1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	16 800,00
CTS (centre transfusion)	1,00	.	1 850,00	1 850,00
LABIOMED (biologie)	1,00	.	575,00	575,00
			Sous-Total	2 425,00
Total prestations externes				19 225,00

Arrêtée le présent devis à la somme de :

TRENTE-CINQ MILLE QUATRE CENT VINGT-CINQ DIRHAMS

Total 35 425,00

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA
FACTURATION

27 rue Jean Jaurès C. Gauthier 20060
Casablanca
Tél: +212 522 279 494 - Fax: +212 522 279 000
INPE: 050002378

DEVIS

ANNUAL OF 2012

10/02/2012

10/02/2012

HAYAL MINA

Price on charge R.A.M / MURAS

PRESTATION INTERVEN	Montant	Nombre	Centre Clin	Prex Liberaire
REANIMATION	1 500,00	1,00	2000	1 500,00
ALCO OPERATOIRE	3 000,00	1,00	2000	3 000,00
PHARMACIE EPICHIK X 12	2 400,00	12,00	2000	2 400,00
Total Frais Clinique				
PRESTATION EXTENSIVE	16 500,00			
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rean)	4 500,00	120,00	2000	4 500,00
DR. EQUIPE CHIRURGICAL (chir. generaliste/co)	10 000,00	30,00	2000	10 000,00
DR. EQUIPE REANIMATOLOGIE (rean. int)	1 500,00	1,00	2000	1 500,00
CIS (centre transfusion)	1 500,00	1,00	2000	1 500,00
LABORATOIRE (biologie)	500,00	1,00	2000	500,00
Total prestations extensives				
	19 500,00			

TOTAL 32 000,00

32 000,00

Total