

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Annule et Remplace le devis.

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
N° INPE : 090061862 - ICE HCK : 001740003000026
Tel : 05 29 03 53 45 - FAX : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ickm-hck.ma

188310

DEVIS ESTIMATIF

Date 16/02/2024

N° : 240216091943NA

Nom patient : SAADOUNE DOUNIA

Prise en charge : MUPRAS

Traitements EXPLORATION

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
FIBRO-COLOSCOPIE	1		3 300,00	3 300,00
			Sous-Total	3 300,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
TROIS MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Total devis

3 300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45 - FAX : 05 29 00 44 77
N° INPE : 090061862 - ICE HCK : 001740003000026
E-mail : contact@ickm-hck.ma

PLI CONFIDENTIEL



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOMES FORMATION RECHERCHE

Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : Sadane Dania Ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

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

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Douleurs Abdominales + Ballonnement

TRAITEMENT PROPOSE :

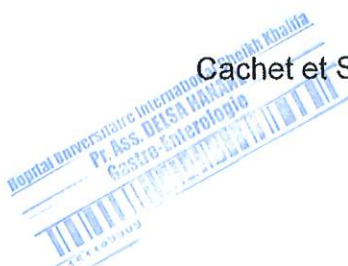
FECAD + Coloscopie

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 16/02/2014

Cachet et Signature du Médecin



ROYAUME DU MAROC
CARTÉ NATIONALE D'IDENTITÉ

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

دنيا
D
S

SAADOUNE
Née le 25.03.1984
مردودة بلانج
ب الفداء حبيب السلطان الفداء

à AL FIDA DERB SOLTANE-AL FIDA
Valable jusqu'au 17.07.2028
صالحة الى غاية
المدير العام للأمن الوطني
عبد اللطيف حموشي

BL61155 FA



188310

Wolo



CASABLANCA, Le 27 décembre 2023

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
AVENUE MOHAMED TAIEB NACIRI
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE
Identifiant adhérent : 012272_1984-03-25_DOUNIA
N/REF : 20233610026020
Adhérent : SAADOUNE DOUNIA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de DOUNIA SAADOUNE.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **2420.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 27-12-2023 au 27-03-2024.

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

Center 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 DOUNIA SAADOUNE.

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



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.

* Pour information, la part adhérent : **242.00 MAD**