

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

114942

DEVIS ESTIMATIF

Date 12/05/2022
N° : 220512115019LA

Nom patient : AKRAM ABDELMAJID

Prise en charge : MUPRAS

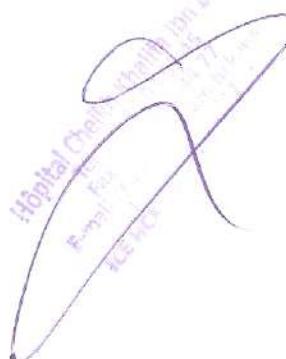
Traitements CATARACTE

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR BLOC OPERATOIRE PHACO	1 130 1	Jour KC	550,00 25,00 1 000,00	550,00 3 250,00 1 000,00
				Sous-Total 4 800,00
HONORAIRES	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
K CHIRURGICAL K ANESTHESIE	130 40	KC K AREC	25,00 25,00	3 250,00 1 000,00
				Sous-Total 4 250,00
MEDICAMENTS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE	130	Kc	10,00	1 300,00
				Sous-Total 1 300,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
DIX MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total devis

10 350,00



Handwritten signature in blue ink, reading "Dr. A. A. KHALIFA" and "Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid" in a stylized, cursive font, positioned over a blue oval.

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme AIKRAO Abdellatif 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 :

.....
Cataracte OD+
.....

TRAITEMENT PROPOSE :

.....
Phaco + ICP OD+ KC 130
.....

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

.....
15j
.....

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

Casablanca, le 13/07/2021

Cachet et Signature du Médecin

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant ABDALLAH ZAK
OPHTHALMOLOGIE
091260471

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 10.5.2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1624 e-mail : abak1952@hotmail.com Phones : 05 22 93 20 94

Nom et Prénom de l'adhérent : AKRAM ABDELNAJID

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

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

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Transplantation 1130 oeil droit

Une hospitalisation de (approximatif) A6

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):

Cataracte œil droit

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.