

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

116340

DEVIS

Date 24/05/2022

N° : 220524113609S.

Nom patient : IRAKI HOUSSEYNI MOHAMED

Prise en charge : MUPRAS

Traitements HOSPITALISATION
ONCOLOGIE

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE	1	S	10 000,00	10 000,00
BILAN	1	S	6 000,00	6 000,00
Consultation de spécialiste en hospitali	8	K	200,00	1 600,00
Journée d'hospitalisation en reanimation	7	K	1 800,00	12 600,00
Journée d'hospitalisation de medecine	5	K	600,00	3 000,00
			Sous-Total	33 200,00

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

Total devis 33 200,00

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Oncologie
05 29 09 11 11

COMPTE RENDU

Je soussigné Pr ISMAILI Nabil Certifie MOHAMED IRAKI HOUSSEYNI ,
est suivi à L'Hôpital Universitaire International Mohammed VI de
Bouskoura dans le cadre de la prise en charge d'une double
localisation primitive cancéreuse: Adénocarcinome rénal opéré et
ADK de la prostate métastatique.

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que droit.


Pr. F. ISMAILI
Nabil Certifie
Adénocarcinome rénal opéré et
ADK de la prostate métastatique



06.49.663.685

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE


MOHAMED
IRVAD HOUSSEINI
14 07 1943
FES MEDINA FES
1 FES MEDINA FES

Signature: 
Date: 07 03 2001
CAN 403386




ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

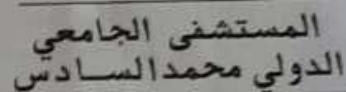
MOHAMED
IRVAD HOUSSEINI
14 07 1943
FES MEDINA FES
1 FES MEDINA FES

Signature: 
Date: 07 03 2001
CAN 403386

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

MOHAMED
IRVAD HOUSSEINI
14 07 1943
FES MEDINA FES
1 FES MEDINA FES

Signature: 
Date: 07 03 2001
CAN 403386



Nom et prénom de l'assuré(e) : <u>IRAKI VOXISSEYANT HOUKMAN ed</u>	Nom et prénom du médecin traitant :
Numéro d'immatriculation : <u>1.. 1.. 1.. 1.. 1.. 1.. 1.. 1.. / .. /</u>	INPE et code à barres : <u>/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-</u>
Nom et prénom du bénéficiaire / autre que l'assuré(e) : <u>Pau mbe</u>	
Date de naissance du bénéficiaire :	

Date de la consultation : ____ / ____ / ____

Diagnostic et motif des soins

Antécédents et facteurs de risque : *Cancer de la prostate*

Examen clinique à l'admission : *OK*

Hospitalisation 8 par jour
Réhabilitation thérapeutique

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
58	24/05/2022	

Fait à : 1 AS 11

Le :/...../.....

Signature et cachet du médecin traitant

Pr. Aps. ISMAIL NABIL
ONCOLOGIE MEDICALE



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309

Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 www.hm6.ma