

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

142618

DEVIS ESTIMATIF

Date : 27/12/2022
N° : 2212271140098A

Nom patient : **KTIRI Amina**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements : **ENDOSCOPIE**

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 DIRMANS

Total devis

3 300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 25 03 53 45
Fax : 05 25 03 44 77
Email : info@hkh-zaid.com
P.O. Box 1140098

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mme KTIKI Amina 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 meilleurs.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Sciatalgies gauches, HTA, 2 césariennes

Vomissements alimentaire, RGO, acidité

Douleurs abdominale + ballonnement, constipation chronique

TRAITEMENT PROPOSE :

FIBRO-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 mardi 27 décembre 2022

PATIENT : KTIRI Amina

Casablanca, le mardi 27 décembre 2022

Fibro-coloscopie

Sciatalgies gauches, HTA, 2 césariennes

Vomissements alimentaire, RGO, acidité

Douleurs abdominale + ballonnement, constipation chronique

Cachet et signature :

Signature et cachet officiel de l'hôpital universitaire international Cheikh Khalifa.

FICHE TYPE DE DEMANDE D'INTERVENTION

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : / /

N° de la pièce d'identité :

N° de téléphone :

Type d'hospitalisation : Conventionnelle ☐

Ambulatoire ☒

Service d'hospitalisation prévu :

Nom du chirurgien :

Nature d'intervention :

Durée estimée de l'intervention :

Matériel spécifique :

Date de la demande : __/__/__

Date d'hospitalisation (si non ambulatoire) : __/__/__

Date d'intervention : __/__/__

Date de sortie : __/__/__

Antécédents (Médico-chirurgicaux) : _____

Renseignements complémentaires : _____

Quelozafé
Fibre - Colozafé

