

# CLINIQUE INTERNATIONALE DE MOHAMMADIA

DEVIS N° 0000050/23

164086

MOHAMMADIA Le : 03-06-2023

Identification	
Nom & Prénom : RADI ABDEL-ELILAH	
C.I.N. : B734600	

Organisme : MUPRAS
Diagnostic :
Médecin traitant :

	Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>SEJOUR</b>							
SEJOUR SOINS INTENSIFS			5	1000			5 000,00
				<b>Sous Total</b>			<b>5 000,00</b>
<b>PHARMACIE INTERNE</b>							
PHARMACIE			1	4000			4 000,00
				<b>Sous Total</b>			<b>4 000,00</b>
<b>PRESTATIONS</b>							
ECG			1	100			100,00
				<b>Sous Total</b>			<b>100,00</b>
<b>FRAIS ADMINISTRATIFS</b>							
CHAMBRE			2	550			1 100,00
				<b>Sous Total</b>			<b>1 100,00</b>
<b>RADIOLOGIE</b>							
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne			1	450			450,00
GENOU DROIT FACE + PROFIL			1	400			400,00
THORAX DE FACE			1	160			160,00
				<b>Sous Total</b>			<b>1 010,00</b>
					<b>TOTAL PARTIE CLINIQUE</b>		<b>11 210,00</b>
<b>ANALYSE LABORATOIRE</b>							
BILAN BIOLOGIQUE			1	4000			4 000,00
				<b>Sous Total</b>			<b>4 000,00</b>
					<b>TOTAL PARTIE AUTRUI</b>		<b>4 000,00</b>
Arrêté le présent devis à la somme de: QUINZE MILLE DEUX CENT DIX DIRHAMS					<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>15 210,00</b>

NB:



**AKDITAL**

# Clinique Internationale de Mohammadia

## المَرْجَةُ الدُّولِيَّةُ لِلْمَرْجَدِيَّةِ

**PLI CONFIDENTIEL****MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL**

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignement cliniques concernant : Mr/Mme : RADI ABDEL-ELILAH ayant droit à le 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 considération les meilleures.

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

Atcd: insuffisance rénale mal suivie

Admis pour douleurs abdominales avec diarrhées, altération de l'état général et gonalgies droites

Bilan sanguin: insuffisance rénale, hyponatrémie, hypokaliémie et syndrome infectieux

**TRAITEMENT PROPOSE :**

Avis néphrologique

Antibiothérapie probabiliste

Réhydratation

Traitemet antalgique

Imagerie rénale et du genou

**DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :**

5 jours en USI et 2 jours en chambre

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

Mohammadia , le 03/06/2023

Cachet et Signature dc Médecin

Dr AHMED SCHERIFF HUSSEIN  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Clinique Internationale  
de Mohammadia

Boulevard Mohammed VI, à coté de Station Shell-Marjane, Mohammadia  
Tél. : 05 23 28 91 91 - Fax : 05 23 32 88 64  
E-mail : direction@clinique-internationale-mohammadia.ma  
Site web : www.clinique-internationale-mohammadia.ma  
ICE : 003205405000084 - RC : 32249 - IF: 53571925