

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

190465

D E V I S E S T I M A T I F

Date 14/01/2024

N° : 240114174912HI

Nom patient : EL HLOU ANIR

Prise en charge : PAYANTS

Traitements HOSPITALISATION

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
	JOURNEE D'HOSPITALISATION EN CHAMBRE PED	2		800,00	1 600,00
	RADIOGRAPHIE DU THORAX DE PROFIL	1		180,00	180,00
	EXAMENS BIOLOGIQUES	1		800,00	800,00
				Sous-Total	2 580,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
	CONSULTATION HOSP	2	CS HOSP	300,00	600,00
				Sous-Total	600,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
	- PHARMACIE	1	PH	800,00	800,00
				Sous-Total	800,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
TROIS MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total devis 3 980,00

PLI CONFIDENTIEL

Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : Amir EL HLA..... 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 :

..... Detresse Respiratoire fébrile

TRAITEMENT PROPOSE :

..... Antibiotique, oxygène

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

..... 3 jours

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

Casablanca, le 14/01/2024

Cachet et Signature du Médecin

