

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

154654

OUMIDR

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

Date 24/03/2023  
N° :230324094950OU

Nom patient : **BOULHIR Khalil**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **EXPLORATION**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
	FIBROSCOPIE GASTRIQUE	1		1 650,00	1 650,00
				Sous-Total	1 650,00

Arrêté le présent devis à la somme de :  
**MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

**Total devis**

**1 650,00**

HOPITAL UNIVERSTAIRS INTERNATIONAL  
CH. KHALIFA  
AGENT DE RESSOURCES HUMAINES



## MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : Khalil BAHIA. 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 :

.....  
.....  
.....

TRAITEMENT PROPOSE :

.....  
.....  
.....

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

.....

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

Casablanca, le .... /...../.....

Cachet et Signature du Médecin

