

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

142618

DEVIS ESTIMATIF

Date : 27/12/2022  
N° : 2212371140098A

Nom patient : KTIRI Amina

Prise en charge : MUPRAS

Traitements : ENDOSCOPE

PRESTATIONS	Nombre	Lettre civ	Prix Unitaire	Montant
FIBRO-COLOSCOPIE	1		3 300,00	3 300,00
			Sous-Total	3 300,00

Arrête le présent devis à la somme de :  
**TROIS MILLE TROIS CENTS DIRHAM**

Total devis **3 300,00**

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
Tél : 03 22 88 88 88  
Fax : 03 22 88 84 77  
E-mail : [khalifa@khalifa.ma](mailto:khalifa@khalifa.ma)  
Site : [www.khalifa.ma](http://www.khalifa.ma)

MONSIEUR LE MEDÉCIN CONSEIL

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant Mme KTRI Amina ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écrit pour information et en vue de démarches administratives pour ~~sans~~ prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

*Sciatalgies gauches, HTA, 2 césariennes*

*Vomissements alimentaire; RGO, acidité*

*Douleurs abdominales + 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

*Sciatalgues gauches, HTA, 2 césariennes*

*Vomissements alimentaire, RGO, acidité*

*Douleurs abdominales + ballonnement, constipation chronique*

*Cachet et signature :*





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHIRIK KHALIFA  
SCINS FORMATION RECHERCHE

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 :

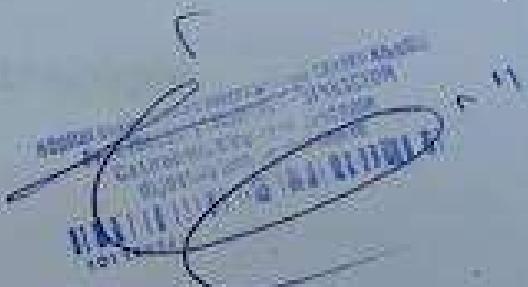
Nom du chirurgien :

Nature d'intervention :

Durée estimée de l'intervention :

Matériel spécifique :

Endoscopie  
Rinse coloscopique



Date de la demande : / /

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

Date d'intervention : / /

Date de sortie : / /

Antécédents (Médico-chirurgicaux) :

Renseignements complémentaires :