

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

145995

## DEVIS ESTIMATIF

Date 18/01/2023  
N° : 220928104552YO

Nom patient : **MOUMEN ASMA**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **CHIMIOThERAPIE AMBULATOIRE**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant	
	SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE J CONSOMMABLE	2		1.000,00	2.000,00	
		2		300,00	600,00	
		Sous-Total		2.600,00		
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant	
	ELOXATINE 100mg Injecta (01)	2		1.859,00	3.718,00	
	NAPROCIL 1G / 20ML INJECTA (01)	8		50,70	405,60	
	ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)	2		80,00	160,00	
	SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)	2		38,05	76,10	
	FOLINATE DE CALC 100mg Injecta (01)	12		67,20	806,40	
					Sous-Total	5.166,10

Arrêté le présent devis à la somme de :  
**SEPT MILLE SEPT CENT SOIXANTE-SIX DIRHAMS DIX CENTIMES**

**Total devis 7.766,10**

*[Signature and Stamp]*



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Casablanca le : 18/01/2023

### Compte Rendu

Je soussigné (e)

Certifie que Mr/Mme MOYHEN ASR

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un

ADIC

Colifus opère

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.

091176206  
Signature

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 18/01/2023

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1624 E-mail : abak1fc@hotmail.com Phones : 0639255272  
Nom et Prénom de l'adhérent : AKRAM ABDELNAJID  
Nom et Prénom du bénéficiaire : NOUMEN ASMA (Épouse AKRAM)

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. NOUMEN ASMA

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Chimiothérapie

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier)

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

ADK Colique que

Cachet, date et signature du praticien



### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

Chimiothérapie JA et 51/

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



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 : MOUMEN ASHA 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 :

ADK Celofra

Ceftriaxone

TRAITEMENT PROPOSE :

Chimiothérapie

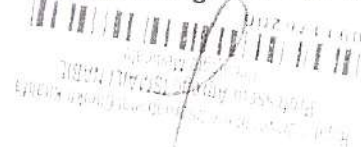
DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

14 + 14

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

Casablanca, le 28/01/2023

Cachet et Signature du Médecin



Nom de naissance: MOUMEN Nom: MOUMEN ASMA  
(F - 24/10/1958 - 64 ans - 59 kg - 150 cm - 1,54 m<sup>2</sup>) - NIP : H0122012581

Médecin prescripteur : Prof. Agrégé ISMAILI NABIL (Oncologie Médicale)  
Oncologie - Hospitalisation de jour  
FOLFOX / Cure(n°9/12 cure(s)) : J1  
Reprise à J : 15

06/02/2023

H0 + 00:00 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut : AVAL

H0 + 00:05 HYDROXIZINE ORALE

Statut : AVAL

Voie : orale

H0 + 00:05 OMEPRAZOLE

Observation :

Statut : AVAL

Voie : orale

H0 + 00:10 METHYLPREDNISOL + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut : AVAL Durée : 00h15 Voie : IV

Dose : 100 mg

H0 + 00:10 ONDANSETRON + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut : AVAL Durée : 00h15 Voie : IV

Dose : 8 mg

H0 + 00:30 OXALIPLATINE

Solvant : G5 250 ml

Statut : AVAL Durée : 02h00 Voie : IV

Dose : 100 mg

Dose théor :  
85 mg/m<sup>2</sup> mg

H0 + 00:30 FOLINATE DE CAL + 250 mL NACL 250 ml

Solvant : NACL 250 ml

Statut : AVAL Durée : 02h00 Voie : IV

Dose : 600 mg

Dose théor :  
400 mg/m<sup>2</sup> mg

H0 + 02:45 FLUOROURACIL

Solvant : G5 250 ml

Statut : SUPR Durée : 00h15 Voie : IV

Dose : 620 mg

Dose théor :  
400 mg/m<sup>2</sup> mg

H0 + 03:00 FLUOROURACIL

Solvant : G5 250 ml

Observation : 3000 mg

Statut : AVAL Durée : 46h00 Voie : IV

Dose : 3000 mg

Dose théor :  
2400 mg/m<sup>2</sup> mg



Nom de naissance: MOUMEN Nom: MOUMEN ASMA  
(F - 24/10/1958 - 64 ans - 59 kg - 150 cm - 1,54 m<sup>2</sup>) - NIP : H0122012581

Médecin prescripteur : Prof. Agrégé ISMAILI NABIL (Oncologie Médicale)  
Oncologie - Hospitalisation de jour  
FOLFOX / Cure(n°9/12 cure(s)) : J1  
Reprise à J : 15

20/02/2023

H0 + 00:00 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut : AVAL

H0 + 00:05 HYDROXIZINE ORALE

Statut : AVAL

Voie : orale

H0 + 00:05 OMEPRAZOLE

Observation :

Statut : AVAL

Voie : orale

H0 + 00:10 METHYLPREDNISOL + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut : AVAL Durée : 00h15 Voie : IV

Dose : 100 mg

H0 + 00:10 ONDANSETRON + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut : AVAL Durée : 00h15 Voie : IV

Dose : 8 mg

H0 + 00:30 OXALIPLATINE

Solvant : G5 250 ml

Statut : AVAL Durée : 02h00 Voie : IV

Dose : 100 mg

Dose théor :  
85 mg/m<sup>2</sup> mg

H0 + 00:30 FOLINATE DE CAL + 250 mL NACL 250 ml

Solvant : NACL 250 ml

Statut : AVAL Durée : 02h00 Voie : IV

Dose : 600 mg

Dose théor :  
400 mg/m<sup>2</sup> mg

H0 + 02:45 FLUOROURACIL

Solvant : G5 250 ml

Statut : SUPR Durée : 00h15 Voie : IV

Dose : 620 mg

Dose théor :  
400 mg/m<sup>2</sup> mg

H0 + 03:00 FLUOROURACIL

Solvant : G5 250 ml

Observation : 3000 mg

Statut : AVAL Durée : 46h00 Voie : IV

Dose : 3000 mg

Dose théor :  
2400 mg/m<sup>2</sup> mg

20/2/23