

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

20/05/2022

Le / /20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 3651 E-mail : mohamed.mcha165@gmail.com Phones : 06.39.82.37.22

Nom et Prénom de l'adhérent : Moha Nchammed

Nom et Prénom du bénéficiaire : MOHO Nchammed

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Abdelhay EL MOUSSAOUI
Chirurgien Digestive et Générale

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Chirurgie Digestive et Générale

Nécessite une intervention chirurgicale

Un acte coté à la nomenclature (préciser le code et le nom de l'acte)

K20 Kyste scabélique infecté et collecte

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) :

- Kyste scabélique infecté du dos
- nécessite la greffe

Cachet, date et signature du praticien

02/05/2022

Dr. Abdelhay EL MOUSSAOUI
Chirurgien
Chirurgie Digestive et Générale
Coiffard - 3ème étage
Tél: 05 39 71 31 41
Residence Paloma Blanca 2 - stage N°1 Tétouan

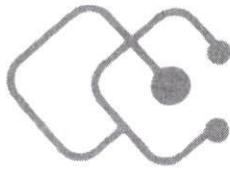
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

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.

Clinique Chamaï

IMAGERIE MEDICALE
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE
SCANNER MULTIBARRETTE
ANGIOSCANNER DENTASCANNER
ECHOGRAPHIE



مصححة الشمال

قسم الأشعة الفحص بالأشعة السكنير الفحص بالصدى

Le : 26/04/2024

Nom et prénom du malade : MOHO MOHAMED

Médecin demandeur : DR HADJAJI

Renseignements cliniques : 66ans, tuméfaction dorsale médiane, dure, non douloureuse.

2044°

Echographie des parties molles

Le balayage échographique de la région d'intérêt note la présence au niveau du tissu sous cutané, d'une formation oblongue, de structure hétérogène, avasculaire, mesurant 22x8.9mm, en rapport avec un kyste épidermoïde.

Conclusion : Examen échographique en faveur d'un kyste épidermoïde.

Merci de votre confiance

الطريق الدائري، شارع 9 أبريل - تطوان
Voie de contournement, Avenue 9 Avril - 93000 Tétouan

ICE: 000525901000018

Tél / Fax : 0539 99 07 54 / 0539 72 54 82

E-mail: radiologie.chamal@gmail.com / clinique.chamal@gmail.com