



**195865**

Casablanca, le : 19/02/14

Nom et Prénom :

Roumna RANA

## Examen du sang

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Crétinémie              | <input type="checkbox"/> ASLO   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée sanguine           | <input type="checkbox"/> Fibrinémie   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acide urique            | <input type="checkbox"/> Taux de prothrombine +INR  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun         | <input checked="" type="checkbox"/> Ionogramme sanguin  |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total. HDL. LDL        | <input type="checkbox"/> P.S.A  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides           | <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input checked="" type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT -G.T                   | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée  |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C         | <input type="checkbox"/> Troponine  |
| <input checked="" type="checkbox"/> VS. NFS avec plaquettes | <input checked="" type="checkbox"/> C.R.P   |
| <input type="checkbox"/> CPK                                | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides  |
| <input type="checkbox"/> CPKmb                              | <input type="checkbox"/> Protidémie   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vitamine D              | <input type="checkbox"/> D-Dimères  |

à Renoncer

à renoncer A. B6k

## Examen des Urines

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Recherche de l'Albumine |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie de 24h |
| <input type="checkbox"/> E.C.B.U                 |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme Urinaire     |

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOCUE  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage n° Chhdia - El Oufa  
Tél: 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01  
Version Procédure : PR4FR01  
Date : 24/05/2022  
Date : 24/05/2022

Le ..... / ..... /20....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... E-mail : ..... Phones : .....

Nom et Prénom de l'adhérent : .....

Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : ..... *Dr. Benabdellah Fakr*

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. .... *Benabdellah Fakr*

Nécessite ..... *un bilan hémodynamique*

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

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):

*KTA + maladie  
Dyspnée 2- effar + polyarthrite*

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Mehdi  
CRCC  
Rue N°61 1er Etage  
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 74 44 14  
IMPE: 91170670

## 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.



