

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

145214

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. EL YOUNSI MUSTAPI**
 Hepato Gastro Entéro
 203, Boulevard Zerkat
 Tél: 0522 36 01 811
 Estime que l'état de santé de Mlle. **SAID** **Younes**
 Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Uro Scanner

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):

Douleur lombaire gauche irradiant vers les Os. à l'echo: Abscès. Douleur des cavités gauches

Cachet, date et signature du praticien


Dr. EL YOUNSI MUSTAPI
 Hepato Gastro Entéro
 203, Boulevard Zerkat
 Tél: 0522 36 01 811
 Fax: 0522 36 01 811
 Gsm: 06 77 77 77 77

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.



CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Diplômé universitaire des hépatites virales

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE Pitié-salpêtrière BEAUJON, BICHAT - PARIS

Membre de la société française de GASTRO-ENTÉROLOGIE

Fibroskopie • Coloscopie • Protocologie • PH-MÉTRIE OESOPHAGIENNE

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

URGENT

Casablanca le, 10/01/2023

Mr SAID Younes

• Uro Scanner

Douleur lombaire gauche irradiant vers les OGE
echo Discrète dilatation des cavités gauches

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA
Hépatogastro-entérologue
203, Bd Zerkouni, Résidence Ben Ham, 2^e étage - Casablanca
Tél: 05 22 36 01 74
Fax: 05 22 36 01 80
Gsm: 06 23 77 74 11



DEVIS

Date : 10/01/2023

Nom et prénom : SAID YOUNES

Examen(s) réalisé(s) :

URO-SCANNER

TOTAL MONTANT
2000 DH

Arrêtée le présent devis à la somme de :
DEUX MILLE DH

Relevé d'identité bancaire:
Banque Centrale Populaire
Agence Hassane Souktani
238, bd Zerkouni
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilysa Abou Madi
Appt N° 3 - Ghazalier - Casablanca
0522 20 34 57 / 0522 20 34 50