

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 :

Dr. EL YOUNSI MUSTAPAPI REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Dr. EL YOUNSI MUSTAPAPI
Hepato-Gastro-Enterologie
203, Boulevard Zerktou
Tel: 0522 36 01 80/17

Estime que l'état de santé de Mme, M. Said YOUNSI

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

Un Scanne

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 hombaine gauche irradiant vers les osseux à l'écho. Dréfit. Distension des canaux gauches.

Cachet, date et signature du praticien



Dr. EL YOUNSI MUSTAPAPI
Hepato-Gastro-Enterologie
203, Boulevard Zerktou
Tel: 0522 36 01 80/17
Fax: 0522 36 01 80/17
GSM: 06 77 99 88 88

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

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • Phémétrie oesophagienne

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

URGENT

Casablanca le, 10/01/2023

Mr SAID Younes

• Uro Scanner

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

Dr EL YOUNSI MUSTAPHA
Hépato-Gastro Entérologie
203, Boulevard Zerktouni
Tél: 0522 36 01 87/74
Fax: 0522 36 01 87/74
Gsm: 0623 77 74 01 80

203, Bd ZERKTOUNI, RÉSIDENCE BEN HAM, 2^e ÉTAGE - CASABLANCA - TÉL. 05 22 36 01 80
Gsm. 06 23 77 74 11 - FAX. 05 22 36 01 74 - E-MAIL : elyounsimustapha@hotmail.com



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 Ilya Abou Madi
Appt N° 3 - Gauthier Casablanca
0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: c_radiologie@menara.ma*