

Dr. Sara LOUDGHIRI

Médecin spécialiste des maladies  
de l'appareil digestif et du foie



Échographie abdominale  
Fibroscopie - Coloscopie  
Proctologie

145172

سارة الودغيري

طبيبة أخصائية في أمراض  
الجهاز الهضمي والكبد  
الفحص بالمدى  
المنظار الداخلي  
أمراض الشرج والبواسير

Rabat, le 10/01/2023



Mme SOUMATI HAYAT Né (e) le 26/04/1986

101181550

### Bilan biologique

Faire S.V.P:

TSH

NFS

CRP

**TEST RESPIRATOIRE à l'uree marquée (à partir du 25.01.2023)**

Glycémie à jeun

ALAT ASAT GGT PAL BILI T

Lipasémie

uree creat

Ac anti transglutaminases Ac Anti endomysium

Dr. Sara LOUDGHIRI  
Médecin Spécialiste en  
Hépato Gastro Entérologie  
Angle rue Rais Marsil et Omar Slaoui  
Imm N°7, Appt 14, Kébibe - Rabat  
Tél : 05 37 69 69 24  
WhatsApp : 06 61 99 53 34

زاوية زنقة عمر السلاوي والرايس مرسيل، العدالة رقم 7، الشقة 14، القبيات - الرباط

Angle rue Omar Slaoui - Rais Marsil, Imm N°7, Appt 14, Kébibe - Rabat

الهاتف : Tél : 05 37 69 69 24

E-mail : dr.saraloudghiri@gmail.com

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

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

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 12364

e-mail : [dahabi45derrikim@gmail.com](mailto:dahabi45derrikim@gmail.com) Phones : 00212662772011

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

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

Santé : FAISANT

Nécessite

Bilan

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) :

Dolent abdominal.

Cachet, date et signature du praticien



## 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.