

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 23 / 10 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00305 e-mail : l2hsen.chaie@gmail.com Phones : 0672106342
Nom et Prénom de l'adhérent : CHAIEB LAHSEN
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Docteur Amine TAOUFIK
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHAIEB LAHSEN
Nécessite : Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd. Abdelmoumen Annoual N°1
Casablanca - Tél 05 22 864 777

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)
Séjour de hallux valgus pied I et II
+ Séparateur d'orteils bilatéral

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):

hallux valgus bilatéral avec métatarsalgie

Cachet, date et signature du praticien

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd. Abdelmoumen Annoual N°1
Casablanca - Tél 05 22 864 777

12/10/2020

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.

MUPRAS
25 OCT. 2020