

65139



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 29.../03/2021

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00683 e-mail : m.hamed.ouad@groupes.com RA 0663188044  
 Nom et Prénom de l'adhérent : AOUAD M.HAMED  
 Nom et Prénom du bénéficiaire : BAZIB LAHILA

## REEMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : **Dr S. TACHFINE** Spécialiste en Oncologie Médicale  
 INP : 092181532  
 Centre Al Kindy - Casablanca  
 Estime que l'état de santé de Mlle. Mme. M. **BAZIB LAHILA**

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) 24h

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):

A 0h Estomac  
 chemin de l'hopital / 24h Ju - JLT

Cachet, date et signature du praticien

**Dr S. TACHFINE**  
 Spécialiste en Oncologie Médicale  
 INP : 092181532  
 Centre Al Kindy - Casablanca

## 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.