

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 29/03/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

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

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
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):

AJH, Estomac
Chimiothérapie / 24h J1 - J11

Cachet, date et signature du praticien

Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
INP : 092131532
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.