

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 24 / 06 / 2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 02658 e-mail : emeniar@airmaroc.ma Phones : 06 72 83 33 92
Nom et Prénom de l'adhérent : MENIAN EL MENIANI
Nom et Prénom du bénéficiaire : moi-même

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime quel'état de santé de Mlle, Mme, M.
Nécessite
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):

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.