



116458

cheikh Khalid

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

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

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8977 e-mail : jjxalia@gmail.com Phones : 0660 59 84 99

Nom et Prénom de l'adhérent : JENJARE KHALID

Nom et Prénom du bénéficiaire : JENJARE KHALID

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

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

Nécessite un traitement à longue + Rec

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Readaptation cardiaque

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant EL OUARDAI Amal  
Cardiologie  
121203269

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) :

SCA ST@ revascularisé, nécessite une  
Readaptation Cardiaque avec 2 séances

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant EL OUARDAI Amal  
Cardiologie  
121203269

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.

PLI CONFIDENTIEL



**Hôpital  
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Code : AAEN0400

卷之二

## **MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL**

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme ..... ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

SCA : ST (+)  
mesissink  
No vasculitis  
sinusitis adaptif = Cartilagineux

## TRAITEMENT PROPOSE

20 Sesiones de Readaptación  
Participar.

#### DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT

Observations: Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le .....

### Cachet et Signature du Médecin