

ACC : 0662714016



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

147703

Le 17/11/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 7075 E-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent : DR. RACHIDA NACHACHE

Nom et Prénom du bénéficiaire : DR. RACHIDA NACHACHE

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné *DR. RACHIDA NACHACHE* le 17/11/2023

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. *DR. RACHIDA NACHACHE*

Nécessite *de prendre 520 ml de jus de citron*

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) *K15*

Chaque séance x1 Cote K15 = 500 DHS

Soit une demande de 500 ml de jus de citron *à 2000 DHS*

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

Le 17/11/2023
Dr. RACHIDA NACHACHE
DERMATOLOGUE
132, Avenue Hassan II, Casablanca
Tel: 0522-20-8672
0522-22-6450

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.