



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

ACC
/ /

168118

Le 20/05/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00683 e-mail : Phones : 06 63 18 80 44

Nom et Prénom de l'adhérent : AOUAD M'HAMED

Nom et Prénom du bénéficiaire : AOUAD M'HAMED

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : AOUAD M'HAMED

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

Nécessite :

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) une PPR 100%

non plus ce qui est à faire 100%
OAE.

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier) clinique Afoudha

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Retinopathie Diabétique proliférant.
OAE. nécessitant de la laser.

Cachet, date et signature du praticien	Signature: Dr Sabri Nadeem DOCTEUR SABRI NADEEM Oncologue 633 Rue Goulimia, Quartier B, Casablanca Tél: 0522 27 42 76 - 06 66 95 93 34 Urgence: 06 70 81 78 13
--	---

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.