

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

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 MIHAMED
Nom et Prénom du bénéficiaire : AOUAD MIHAMED

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, M. AOUAD MIHAMED
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) une PPR laser
non photo en polaire laser 190
006.
Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier) clinique Alouach.

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 polifoculaire.
006. nécessitant du laser.

Cachet, date et signature du praticien

Docteur SABIR Nadia
Ophtalmologiste
633 Rue Soulimina, Quartier Bourgogne
1^{er} Etage N°7 - Casablanca
Tél: 05 22 27 42 76 - 06 66 95 93 34
Urgence : 06 70 81 71 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.