

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Accord

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 27/12/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 61469

E-mail : rachida.mahmouki@emca.com

Phones : 0661382978

Nom et Prénom de l'adhérent :

MAHMOUKI RACHIDA

Nom et Prénom du bénéficiaire :

MAHMOUKI RACHIDA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mle, Mme, M. MAHMOUKI RACHIDA

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Exercice chirurgicale d'un kyste labiale
du sol.

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):

Exercice chirurgicale d'un kyste
sebace du visage

Cachet, date et signature du praticien

Docteur Kaoutar Janati
Dermatologue Venerologie
Médecin esthétique - Laser
Inn. 1 Res. Roy Hassan 1er Etage
Bd. Moulay Ismaïl - Casablanca - Tel. 0522 33 99

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.