

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

 Matricule : M058 E-mail MMERNIT@RoyalairMaroc.com Phones :

 Nom et Prénom de l'adhérent : MERNIT MOSTAFA

 Nom et Prénom du bénéficiaire : MERNIT MOSTAFA
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

 Je soussigné : Pr. Omar EL MAHI Professeur en Chirurgie Vasculaire

 Estime que l'état de santé de Mme W. MERNIT Mostafa

Nécessite une intervention chirurgicale pour les varices du MIGT.

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

$$\frac{C557 (K80)}{C563 (K30)} \rightarrow K80 + K \frac{30}{2} = K95$$

 Une hospitalisation de (approximatif) ... 0 à une (15 jours de Convalescence)

 A (préciser l'établissement hospitalier) Clinique AL Infâne
STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Varices lourdeuses et symptomatiques
du membre inférieur droit
→ Stripping (événage droit) de la veine petite saphène
électrolytes jaune et molles

Cachet, date et signature du praticien

Pr. Omar EL MAHI
 Professeur en Chirurgie Vasculaire
 قardiologue et chirurgien des vaisseaux
 INPE: 101100907

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.