

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, maille ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Decision :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Houcine Abdellah

de la MUPRAS) :

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

STRICTEMMENT CONFIDENTIEL

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

Un accès à la nomenclature (préciser le coefficient)

Nécessité

.....

Estime que l'état de santé de Mme, M.

.....

je soussigne :
.....

.....

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Nom et Prénom du bénéficiaire : *ABDELLAH HOUCINE*

.....

Nom et Prénom de l'adhérent : *ABDELLAH HOUCINE*

.....

Matricule : 029141 E-mail : *ABDELLAH.HOUCINE@MUPRAS.MA*

Le : 18/12/2023

Date : 24/05/2022

Version : 2.0

Code Procédure : PR4FR01

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

