

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

18553

Le 01/12/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 11873 E-mail : Phones : 0663 4002 516
Nom et Prénom de l'adhérent : WASSOU ZINEB KHEBDOUR
Nom et Prénom du bénéficiaire : WASSOU ZINEB

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr HRAÏBA MALIKA

Estime que l'état de santé de Mlle Mme WASSOU ZINEB

Nécessite une prothèse dentaire (Satellite Inférieur de 10 dents)

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

6643211246 (D 195) avec un montant de 5000,00 DH

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):

.....

.....

.....

le 01-12-2023

Cachet, date et signature du praticien

Dr.HRAÏBA MALIKA
Chirurgien Dentiste
68,Rue Mohamed Spina - Casa
Tél : 05 22 44 47 20

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.