

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

199724

Le 16.03.2024

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 10024 E-mail : MBEN.DIAB.R@ROYALAIRMAROC.Phones : 0626090260

Nom et Prénom de l'adhérent : BENOUAR MOHAMED

Nom et Prénom du bénéficiaire : BENOUAR BAYANE (enfant)

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Cherkaoui Anouar

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Bayane Benouar

Nécessite une prise en charge car orthophonie

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

30 séances de rééducation, deux séances par semaine

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier) cabinet pthochirurgical

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Cachet, date et signature du praticien


 CHERKAOUI ANOUAR
 Orthophoniste
 Gen. 07/08/01 19 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.

Docteur AOUBEID AMINA

Pédiatre

Diplômée de F. M Casablanca

- Diagnostic Maladies enfants
- Allergie / Asthme
- Croissance / Vaccination
- Nutrition



الدكتورة أمينة عبيد

طبيبة أطفال

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

- تشخيص أمراض الطفل
- الحساسية/الربو
- النمو/التغذية
- التأقير

16 MARS 2024

Casablanca le:

Nom: Bensuayn - Bayone
Age: 2 mois
Poids: 23.400

Frère =

Réeduvi _____

en 116 septembrigue à

naissu de 30 semaines

2 semaines semaine

Bd. Moulouya, Lottissement Selouane, Office Jad N°35, 1^{er} Étage N°5, Oulfa
شارع ملوية تجزئة سلوان عمارة 35 (Office jad) الطابق الأول رقم 5 الألفة البيضاء

Tél: 05 22 90 63 63 / 06 57 87 74 88

e-mail: aoubeidamina8@gmail.com