

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 04.11.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 516 e-mail : radi.alimed932@gmail.com Phones : 06.62.481431
 Nom et Prénom de l'adhérent : Rami Ahmed
 Nom et Prénom du bénéficiaire : RADI KHADJA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR M A PAFAI
 Professeur de Neurologie
 Service de Neurologie-Explorations
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Neurophysiologiques
 Nécessite dr m a pafai dr m a pafai
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) 15
 A (préciser l'établissement hospitalier) CHU Ibn Rochd Casablanca

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

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.

MUPRAS
14 NOV. 2019
ACCUEIL