

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 02/09/20...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5011 e-mail : Y.Rouak @ Royal Air Maroc Phones : 0668 197673
Nom et Prénom de l'adhérent : Rouak Hentay
Nom et Prénom du bénéficiaire : Rouak My Smail

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr KHALIL Mohamed
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ROUAK MY Smail
Nécessite sup soins d'acupuncture
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 10 Kx

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) :

longi

Cachet, date et signature du praticien

Dr KHALIL Mohamed
MÉDECINE GÉNÉRALE
ACUPUNCTURE
Rue Kaid Al Achetai Résidence Rbih
Maarif Casablanca
Tél: 0522 73 00 09

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.