

57824

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 02/02/2021

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 10296 e-mail : ..... Phones : 06.61.88.16.34

Nom et Prénom de l'adhérent : .....

Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR. LAFNOCHE ZOUBIDA ophtalmologue

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHAKIK Abderrahmane

Nécessite une opération ablation de ptérygiun endommagé

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

K20 ablation de ptérygiun endommagé 01

Une hospitalisation de (approximatif) ambulatoire

A (préciser l'établissement hospitalier) au sein de mon cabinet

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Ablation de ptérygiun endommagé 01 au cachet  
la vue est conservé + greffe  
et causant des inflammations  
multiples le tout est de 30mm (transuile distal)

Cachet, date et signature du praticien

*Dr. LAFNOCHE Zoubida*  
**OPHTALMOLOGUE**  
 124, Bd. Khalil Hay Moulay  
 Abdellah Ain Chock Casablanca  
 Tél : 06 22 52 52 52

### 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.

