

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 02/02/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 10296 e-mail : Phones : 06.61.88.46.34
Nom et Prénom de l'adhérent :
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR. LAFNOUNE Zoubida ophtalmologue
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. : CHAKIK Abderrahmane
Nécessite : une opération ablation de pterygion enroue OD
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)
K20 ablation de pterygion enroue OD

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 pterygion enroue OD lui causant la vue et causant des inflammations multiples le coté est de 3000 (très bonne date)

Cachet, date et signature du praticien

Dr. LAFNOUNE Zoubida
OPHTALMOLOGUE
124, Bd. Khalil Hay Moulay
Abdellah Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 52 62 14

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.

