

62917

Le 11.03.2021

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule : 62917	N° de poste 0634605386
Nom et Prénom de l'adhérent MA. A. T. M'HAMED AHMED	N° Tél. bureau :
Nom et Prénom du bénéficiaire LUI MEME	N° Tél. domicile :
A remplir par le praticien	
Je soussigné :	Dr. Abdelhak BOUCHTA Ophtalmologiste 70, Rue Allal Ben Abdellah 1er Etage - Casablanca Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72
Estime que l'état de santé de Mlle, M, M	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	K.15.2
Une hospitalisation de : (Approximatif)	
A : (préciser l'établissement hospitalier)	
Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
Cataracte OGH	
Cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision :	

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Tel: 05-22-22-78-14 fax 05-22-22-78-18

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste  
70, Rue Allal Ben Abdellah  
1er Etage - Casablanca  
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

**MUPRAS**  
1 MARS 2021  
**ACCUEIL**