

mpe 6884



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 21/4/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

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

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr Karim Boujelbou Driss Chennou
 Estime que l'état de santé de Mlle. Mme. M.
 Nécessite un traitement antibiotique
 Un acte codé à la nomenclature (préciser le coefficient) :
Peyron D de Smc Aclasta
④ 19 de felpau - 800,000
 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):

Spécialité rhumatologique
(ostérose)

Cachet, date et signature du praticien

Le 21/4/2021
 Dr Houda ADRIEN KOUAR
 Spécialiste en Rhumatologie
 Adresse : Centre d'Affaires Allal Ben Abdallah, 49, Angle
 Rue Allal Ben Abdallah et Rue Mohammed V
 10ème Etage, Casablanca

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.

Site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // phone : 0522 25 45 45 / fax : 0522 25 76 16

Adresse : Centre d'affaires Allal Ben Abdallah, 49, Angle
 Rue Allal Ben Abdallah et Rue Mohammed V
 10ème Etage, Casablanca