

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

76115

Le 25/06/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 516 e-mail : Phones : 06 68489431
Nom et Prénom de l'adhérent : RADI AHMED
Nom et Prénom du bénéficiaire : RADI KHADIJA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Injection de toxine Botulique

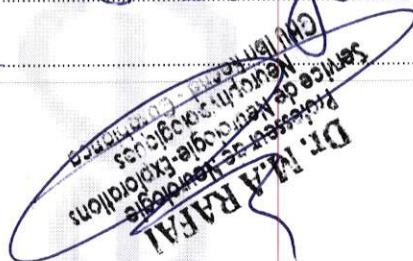
Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Spoone de l'hémiparésie gauche de
2001 nécessitant des injections par
toxin Botulique

Cachet, date et signature du praticien


DR. M. A. RADI
Service de Neurologie-Explorations
CHU Ibn Rochd - 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.


MUPRAS
28 JUN 2021
ACCUEIL
I. BOUZAACHANE