

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

104633

Le / /20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5630 e-mail : abdellah.nboizkri@gmail.com Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent : AKOZDEM ABDELLAH

Nom et Prénom du bénéficiaire : BOUZEKRI ASMAE

Médecine Générale

Rue 49, N° Appt. 8 Lot. Omariya

Je soussigné Hay Innara Ain Chock Casablanca

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Rouzeh Amzaga

Nécessite un Bile

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

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):

Asplen + doulou de l'hyg + diabète. dont
insulite. + g. abd + pulmon. + Myalgie

Cachet, date et signature du praticien

Dr. BEN KHAZAL Sarra
Médecine Générale
Rue 49, N° Appt. 8 Lot. Omariya
Hay Innara Ain Chock - Casablanca
05 22 52 17 89

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.