

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

104633

Le / / 20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : <u>5630</u>	e-mail : <u>abdellah.abouzein@gmail.com</u> Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent : <u>AKOZDEM ABDELLAH</u>	
Nom et Prénom du bénéficiaire : <u>BOUZEKRI ASMAE</u>	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné <u>Dr. BELGHAZAL Sarra</u> <u>Rue 49, N° Appt. 8 Lot. Omariya</u> <u>Hay Inzara Ain Chock - Casablanca</u>	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>Bouzekri Asmae</u>	
Nécessite <u>un acte</u>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
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): <u>Asmae + douleur de l'hyo + douleur dent</u> <u>+ cystite + polyarthrose polygome - Myalgie</u>	
Cachet, date et signature du praticien	<u>Dr. BELGHAZAL Sarra</u> Médecine Générale Rue 49, N° Appt. 8 Lot. Omariya Hay Inzara 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.