

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

**111762**

Le ..... / ..... /20....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : **284-** e-mail : \_\_\_\_\_ Phones : **0661191066**  
 Nom et Prénom de l'adhérent : **BENDOURO ABDELMALEK**  
 Nom et Prénom du bénéficiaire : " "

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : \_\_\_\_\_  
 Estime que l'état de santé de **Mlle, Mme, MR BENDOURO Abdelmalek**  
 Nécessite \_\_\_\_\_  
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) \_\_\_\_\_

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE

SENIOR CONSULTANT

Une hospitalisation de (approximatif) **Hôpital du jour**  
 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):

Polype l'Pan fessonne' colon sigmoïde  
 l'est de ne' il y a 2 mois

Cachet, date et signature du praticien

DR. BENAZZOUIZ  
 Professeur et Hépato-gastro-entérologue  
 35, Av. Cédric Aghar, N°4, Hassan - Rabat

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

=> polype : e gauche

DR. BENAZZOUIZ  
 Professeur en Hépatogastro-entérologie  
 35, Av. Cédric Aghar, N°4, Hassan - Rabat

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.



Rabat, le : 12/01/22

RV 3 mois

colo gauche

(Preparation par Abimical)

Dr. BENAZZOUC Mustapha  
Professeur en Hépatogastroentérologie  
38, Av. Cellah Appt. N°4, Hassan - Rabat



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma