

39331

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 11/09/2022

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 0851 e-mail : abdelmajidgagmail.com Phone : 0615804322  
 Nom et Prénom de l'adhérent : GHERRAS Abdelmajid  
 Nom et Prénom du bénéficiaire : moi-même

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Zougachi Sinane  
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.....  
 Nécessite .....  
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)  
 Cure de l'ancore K 60

Une hospitalisation de (approximatif) un jour  
 A (préciser l'établissement hospitalier) clinique romani

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

- Diabète chronique.  
 - Ce...diabète : augmentation du taux de glucose  
 pour informer Nouveau diabète ( )

Cachet, date et signature du praticien

Dr. ZOUGACHI SINANE  
 Chirurgien Lirologue  
 133 Bld Bourguiba Appart. n°14 Oulfa  
 Casablanca Tel: 05 22 89 00 28 O.M. 06 62 71 04 01

### 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.

