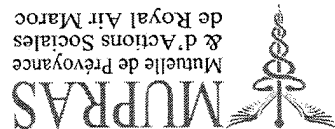


# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

138017



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

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 284	e-mail : BENDOURO	Phones : 0661131066
Nom et Prénom de l'adhérent : ABDELMALEK		
Nom et Prénom du bénéficiaire :		

Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. BENDOURO Abdellatif	
Nécessite	

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	1580 coté 1580 (Totalement sous A.C.)
--	---------------------------------------

Une hospitalisation de (approximatif)	1000
A (préciser l'établissement hospitalier)	Centre de soins de jour

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

Cachet, date et signature du praticien	DR. MUSTAPHA MUSTAPHA Professeur de Neurologie Rue Alal Ben Abdellah, 49, Angle 6ème Etage, Casablanca
--	---

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Decision :	

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.