

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 05/07/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00683 e-mail : _____ Phones : 06 63 18 80 44
Nom et Prénom de l'adhérent : AOUAD M'HAMED
Nom et Prénom du bénéficiaire : AOUAD M'HAMED

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : _____
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. _____
Nécessite : *examen de l'oeil par un (PPR)*
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : *procc-jalshin l'acte révisé.*

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):

*Datée à l'origine de l'opération pour l'oeil
avec maculopathie ODE*

Docteur SABIR Nadia
Ophtalmologiste
63000 Boulimma, Quartier Bourgogne
1^{er} étage, N°7 - Casablanca
Tél : 05 22 27 42 15 - 06 66 95 93 34
Urgences : 06 70 15 15 15



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.