

187 260

ce

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 16.12.2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9033 E-mail : mrahli@royalairmaroc.com Phones : 0661153286

Nom et Prénom de l'adhérent : RAHLI Mouhssine

Nom et Prénom du bénéficiaire : RAHLI Mouhssine

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr KHALIL Mohamed

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. RAHLI Mouhssine

Nécessite 10 séances d'acupuncture et de rééducation

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 10K5

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):

Douleur musculaire intercostale + dorsal

Cachet, date et signature du praticien

14112123

Docteur KHALIL Mohamed
MÉDECINE GÉNÉRALE
ACUPUNCTURE
Rue Khaled Achkar Résidence Rb1h
Maarif Casablanca
Tél: 0522 72 72 72

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.

