

203204



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 23.1.24/2024

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 03508 E-mail : a.elyazidi50@gmail.com Phones : 07 60 42 32 30
 Nom et Prénom de l'adhérent : EL YAZIDI Abderrahmane
 Nom et Prénom du bénéficiaire : EL YAZIDI Abderrahmane

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : *Professeur ZADNASS Abdallah*
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. *EL YAZIDI Abderrahmane*
 Nécessite *la ser*
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) *1500 DH*
Professeur ZADNASS Abdallah
Ophthalmologue
Imm. Marhaba, Av. Cheikh Saâdi
Talborit - AGADIR
Tél: 0528822221 Fax: 0528844378

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):

Dechirure Rétiniens O.G
petite décollement périphérique - DpV

Cachet, date et signature du praticien

Professeur ZADNASS Abdallah
Ophthalmologue
Imm. Marhaba, Av. Cheikh Saâdi
Talborit - AGADIR
Tél: 0528822221 Fax: 0528844378

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.