

203204



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 23.1.2024

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 03569 E-mail : a.elyazidi50@gmail.com Phones : 05 60 42 32 30  
Nom et Prénom de l'adhérent : EL YAZIDI Abderrahmane  
Nom et Prénom du bénéficiaire : EL YAZIDI Abderrahmane

Professeur ZADNASS Abdallah

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Professeur ZADNASS Abdallah

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

Nécessite Tél: 0528822221 Fax: 0528822221

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

1500 DH

Professeur ZADNASS Abdallah  
Ophtalmologue  
Imm. Marhaba, AV. Cheikh Saâdi  
Talbotit - AGDOR  
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 OG

petite décollante périphérique DPV

Cachet, date et signature du praticien

Professeur ZADNASS Abdallah  
Ophtalmologue  
Imm. Marhaba, AV. Cheikh Saâdi  
Talbotit - AGDOR  
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.