

161569



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 22/05/2023

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	
Matricule : 0956	e-mail : alahlabi@hcm.ma Phones : 0663727237
Nom et Prénom de l'adhérent : LAHLOU FILALI	con Abderrahmane
Nom et Prénom du bénéficiaire :	
<b>A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>	
Je soussigné : Dr LAHLOU	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. LAHLOU FILALI Abderrahmane	
Nécessite ACETAT CPAP	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
<b>STRICTEMENT CONFIDENTIEL</b>	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
syndrôme opéré obstructive du sommeil	
Cachet, date et signature du praticien	
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS</b>	
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.