

161569



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 22/05/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 0956 e-mail : alahlofil@hotmail.com phones : 0663727237
Nom et Prénom de l'adhérent : LAHLOU FILALI
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr LAABI
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. LAHLOU FILALI ABDELLAH
Nécessite ACÉTAT CPAP
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

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) :

syndrome ischémique obstructive
du sein

Cachet, date et signature du praticien

22/05/2023

Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RICH "D", Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Alhassan, la Côte de Agence INWI
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 0522 99 20 87

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.