

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

161375

Le / / 20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5011 E-mail : H.Rouak @ royalairmaroc.com Phones : 06 68 19 76 73
Nom et Prénom de l'adhérent : Rouak Houlay Smail
Nom et Prénom du bénéficiaire : Rouak Houlay Smail

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Lot Makhoul 2 N 228 app N 1
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. **ROUAK Houlay Smail**
Nécessite **Un Bilan Biologie**
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):

Prés de troubles neurologiques et de la double hétérozygotie

Cachet, date et signature du praticien

Docteur Houlay Bouanane
Médecine Générale
Lot Makhoul 2 N 228 app N 1
Deroua - Berrechid
Tél: 0522 51 59 13

Le 25/05/2023

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.