

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

164721

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 605 E-mail : fel1947@live.fr Phones : 0664234634
Nom et Prénom de l'adhérent : ELADDALI Thami
Nom et Prénom du bénéficiaire : HABRI Najia

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr Mohamed KARROUCH
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. HABRI NAJIA
Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)
Arthroscopie de la cheville droite C408 1/260

Une hospitalisation de (approximatif) ... 2 jrs
A (préciser l'établissement hospitalier) Chirurgie MEDEXC

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Ostéonécrose de talus droit

Cachet, date et signature du praticien

Dr. KARROUCH Mohamed
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Imm. 7, Avenue Al Maouz, Takadourt - Rabat
Tél.: 05 20 10 77 91 / 06 70 88 87 78
INPE : 101167161

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.

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) - Date de la constatation de l'état du malade :

2) - Renseignement cliniques sommaires :

Osteonécrose de talus droit -

3) - Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable(si possible, nombre des actes en série) :

Arthroscopie de la cheville droite
C408

4) Durée prévisible du traitement :

A Rabat, le 09.06.23 200.....

Signature :

Dr. KARROUCH Mhamed
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Imm. 7, Avenue Al Haouz, Takadoun - Rabat
Tél.: 05 20 10 77 91 / 06 70 88 67 78
N°PE : 101167161