

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

ND=126804

Le 26/11/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 10348	Email : _____ Phons : 0662 222498
Nom et Prénom de l'adhérent : KAALIL HICHAM	
Nom et Prénom du bénéficiaire : Kaalil Hicham	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr Bousserghine Youssef	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Kaalil Hicham	
Nécessite _____	
Un acte coté à la nomenclature ( _____ )	
Bilan Biologique hormonal + génétique + spermogramme	
Une hospitalisation de ( _____ )	
A ( l'établissement _____ )	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
Bilan Biologique pour infertilité secondaire oligospermie sévère < 1 million/ml. Fécondité 0.	
Cachet, date et signature du praticien	<p><b>Dr BOUSSERGHINE YOUSSEF</b> Chirurgien Urologue 97B. Avenue Hassan Seghir, 4ème étage N° 128 - CASABLANCA Tél: 0522 44 50 44 - Tél. Urgences : 0662 87 38 71 PAT: 32129012 INPE: 091164883</p>
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.

