

CO-SA PNR ACC

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

ITFSNS

Le 24/06/2021

2658

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 02658 e-mail : *EMENIAR* Phone : 06 72 83 33 90

Nom et Prénom de l'adhérent : MENEYAN EL MENEYAN

Nom et Prénom du bénéficiaire : *soi-même*

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime quel l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)



STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

*Stre kyste, restant abstin. sur
candide, localisé*

Cachet, date et signature du praticien



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.

