

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

# 146453

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

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... E-mail : ..... Phones : .....

Nom et Prénom de l'adhérent : .....

Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr Nacer ADNANE

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. : AKRAM BONKHOUS

Nécessite 15 gélules de Kineostart en gommage

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) :

Entorse de genou gauche LLE + synovite d'autre part  
de relipofe externe (estabilite?)

Cachet, date et signature du praticien

دكتور عدنان ناصر  
Docteur ADNANE NACER  
Chirurgien-orthopédiste - traumatologue  
TEL : 06 61 71 90 00  
INPE : 091036814

### 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.