

198722



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 23/03/2024

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1905 E-mail : hahab1905@gmail.com Phones : 061197361  
 Nom et Prénom de l'adhérent : HAHAB EL HASSAN  
 Nom et Prénom du bénéficiaire : HAHAB EL HASSAN

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :  
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. HAHAB EL HASSAN  
 Nécessite une opération de type ASTHMOPLASTIE  
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)  
 PTH Kc 220 + K/2 110 = Kc 330

Pr. MUSTOUM TRAFER  
 Chef de Service  
 06 22 20 12 - Casa  
 Tél. 05 22 20 12 78

Une hospitalisation de (approximatif) ... 05 jours  
 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):

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.