



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 : habsab1956@gmail.com Phone : 066197365
Nom et Prénom de l'adhérent : HABSA B EL HABSA
Nom et Prénom du bénéficiaire : HABSA B EL HABSA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Habsab EL Habsa
Nécessite une opération de type Artroplastie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

PTH Kc 260 + K/2 Mo = Kc 330

Pr. MUSTAFA TRAFEA
Chirurgien orthopédiste
Tél. 0522-22-78-15 - 0522-20-45-45

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.