

190066

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 23/11/2023

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : R 2146 e-mail : ..... Phones : .....

Nom et Prénom de l'adhérent : Moujtane Lihoussine

Nom et Prénom du bénéficiaire : Moujtane Lihoussine

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....

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

Nécessite un acte de l'orthophonie + CACT

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) .....

P

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):

PO polie papillée

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.

