

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 : MOUJANE Lohouassine	
Nom et Prénom du bénéficiaire : Moujane Lohouassine	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : _____	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. _____	
Nécessite : oui OTC-MOYEN + CACJ	
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 pour papillome OR	
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.

