



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01
Version Procédure : PR4FR01
Date : 24/05/2022
Date : 24/05/2022

195865

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 Benjelloun M. A.

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Benjelloun F. A. N.

Nécessite un bilan hystéro

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):

HTA + Malaria
Dyspnée 2- effr + polyarthritique

Cachet, date et signature du praticien

Dr Benjelloun M. A.
BENJELLOUN M. A.
Tél. 0522 21 07 02 - 06 94 14 00 77
0522 22 78 15 - 0522 22 78 18

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.