

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 04/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 516 e-mail : Radi.almed232@gmail.com Phones : 0668481434
Nom et Prénom de l'adhérent : Radi Almed
Nom et Prénom du bénéficiaire : Radi Almed

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. ingénieur en biologie
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Neurophysiologistes
Nécessite :
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : 1000

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) :

Sporadique de l'hémiparésie gauche
Sp. toxique

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.

