



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 13/11/2018

Matricule : 12364

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom et Prénom de l'adhérent :

e-mail : DAHABI Abdessalam

Phones : 06 62 77 20 11

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

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

Soumahi Hayat

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Bilan

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) :

Changement de l'acte thérapeutique.
A suivre

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

I.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.