

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

76115

Le 25.06.2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 516 e-mail :

Phones : 06 68 89 14 31

Nom et Prénom de l'adhérent : RADI AHMED

Nom et Prénom du bénéficiaire : RADI KHADJA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

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

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Djell Le foie Bo tulique

Une hospitalisation de (approximatif)

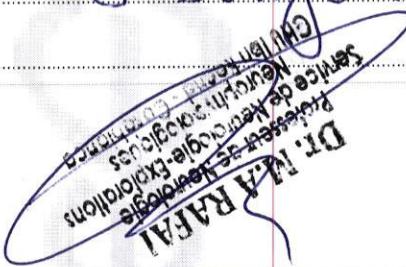
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Sporome de l'hépatite grauifi by
2001 nevudut us in jen par
Tain Bohmip

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.

