

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ...../...../20....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... e-mail : ..... Phones : .....  
Nom et Prénom de l'adhérent : .....  
Nom et Prénom du bénéficiaire : SAADOUNI RQUI A

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Rifki Jai Saïd  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. SAADOUNI RQUI A  
Nécessite une intervention chirurgicale  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Tumeur de sein gauche  
Une hospitalisation de (approximatif) 5 nuit  
A (préciser l'établissement hospitalier) Clinique le Parc Hermitage

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

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.