

148541



## **DEMANDE D'ACCORD PREALABLE**

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

Matricule :	A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Le ..... / ..... /20....
Nom et Prénom de l'adhérent :	e-mail :	Phones :
Nom et Prénom du bénéficiaire :		
<b>A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>		
Je soussigné :		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.		
Nécessite		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)		
Une hospitalisation de (approximatif)		
A (préciser l'établissement hospitalier)		
<b>STRICTEMENT CONFIDENTIEL</b>		
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :		
<p><i>prostata vessie cystocle reeducation + de son de</i></p> <p><i>HIFU</i></p>		
Cachet, date et signature du praticien		
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS</b>		
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.