

148541



# 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 : .....

## 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) .....

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) :

prolapsus vessie hysterectomie  
 reeducation + jeune de 10 ans HIFU

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.