

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 26/10/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 3651	e-mail : _____ Phones : 0639823722
Nom et Prénom de l'adhérent : MOHO MOHAMMED	
Nom et Prénom du bénéficiaire : _____	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : D'ADIR Fatima	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. MOHO MO	
Nécessite un laser Yag	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) K 80	
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) : proposer un Epaulohomie au laser Yag	
Cachet, date et signature du praticien	<p>Ophthalmologue Des. Loubna 1 - Eto. 1 - N°2 Boulevard Sidi Maârouf Bordj de Jamaâ Al Adarssa 784548 INPE : 091032537</p> <p>Le 26-10-19</p>
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.

