

132894



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 06/10/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 02659 E-mail : benzekri@gmail.com Phones : 0668592927
 Nom et Prénom de l'adhérent : BENZEKRI JAMAL
 Nom et Prénom du bénéficiaire : BENZEKRI YOUSSEF

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr Aissaoui
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M^r Benzekri Youssef
 Nécessite : douleur orthopédique
 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):

Traumatisme varie sur le dos à droite et la poitrine
 douleur - lombaire nécessitant douleur
 orthopédique

Cachet, date et signature du praticien

06/10/22



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.