

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 : benzekri2@gmail.com

Phones : 0668592927

Nom et Prénom de l'adhérent : BENZEKRI

Nom et Prénom du bénéficiaire : JAMAL

BENZEKRI YOUSSEF

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR Aissaoui

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M<sup>r</sup> Benzekri Youssef

Nécessite : orthopédi

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Trigémit varie lue à droite g. 1 doctre  
peine dro - lue bain rec. bain xelle  
orthopédi

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.