



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

162291

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 3110 E-mail : zaid.larb@gmail.com Phones : +212 6 6115 5808

Nom et Prénom de l'adhérent : ZAID LARBI

Nom et Prénom du bénéficiaire : ZAID LARBI

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR DANAN DAVID

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ZAID LARBI

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 20000

échographie hépatique

Endoscopie

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) :

Espion fibrose hépatique avancée

Cachet, date et signature du praticien



22/05/23

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.