

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

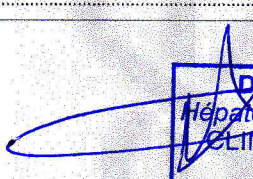
Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

162291

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 3110	E-mail : zaid.larbi@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 David DANAN	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ZAD LARBI	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 2091004	
Etiologie 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):	
Eruption fibrose hépatique avancée	
Cachet, date et signature du praticien	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Dr David DANAN Hépatogastro-Entérologue CLINIQUE CARDELLA M3721</p> </div>
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.