

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / / 20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :
Nom et Prenom de l'adhérent :
Nom et Prenom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : *Dr Benkew*
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. *JABANE MENA*
Nécessite : *20 Animations*
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : *100*

Une hospitalisation de (approximatif) : *15 jours*
A préciser (établissement hospitalier) : *Centre de rééducation*

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) : *Problème hypertensive aigue et le chirurgie le*

23. Jan. 21 pour AVC avec surinfection pulmonaire
Accomp d'hospitalisation pour 07j RDE avec 03j en chm
Accomp pour les explorations vasculaires

Cachet, date et signature du praticien

Docteur Monamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

Docteur Monamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

A REMPLIR PAR LE MEDICIN 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