

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

**57095**

Le 28/02/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 6040354	e-mail : _____
Nom et Prénom de l'adhérent : BENZIKS ABDELLAH	Phones : 0641 34 29 81
Nom et Prénom du bénéficiaire : BENZIKS WALID	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr REGRAGUI	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ENT. BENZIKS WALID.	
Nécessite UNE RESOLUTION DE MEMBRANE SOUS-AORTIC	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) (H789)	
Une hospitalisation de (approximatif) 7 Jrs	
A (préciser l'établissement hospitalier) M H S	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
<p>Cardiopathie congénitale se forme d'une dié aortique sur coté chez un enfant ayant des symptômes. Nécessite de le resection du dié aortique. Accord selon NAR forfait membrane sous aortique</p>	
Cachet, date et signature du praticien	<p><b>DOCTEUR MONAME LEBBAR</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 4, Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux - Casa Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55</p>
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.