

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PRAFR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

145675

Le 12/01/2023

Matricule : 2574

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom et Prénom de l'adhérent :

Email : malakine.yacoubi@gmail.com : 066100242

Nom et Prénom du bénéficiaire :

BOUHCAIN LATIFA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle/Mme/M

BOUHCAIN LATIFA

Nécessite

cure chirurgicale de catarsacte fuchie

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) ...

sur chirurgie ambulatoire

A (préciser l'établissement hospitalier)

Chirurgie AMMAN ou AMBITAL

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Catarsacte fuchie

01 déjà opérée par un ophtalmologue le 7.08.2022

Cachet, date et signature du praticien



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.