

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PRAFR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

145675

le 12/05/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2574

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

E-mail : mahaoui.yacoubi@gmail.com : 0661 10 24 2
BOUHCAIN LATIFA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Ma Mme M.

Nécessite une opération de cataracte gauche

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Docteur HOGAIS ATTIAH

Une hospitalisation de (approximatif)

A préciser l'établissement hospitalier

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Cataracte gauche

Opération opérée par mes soins
le 7.08.2023

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.