

131003

AGADIR LE : 16/09/2022

DEVIS

Pour Mr BAABI SOUFIANE

Forfait de 20 Séances de rééducation fonctionnelle : 3000.00 DHS

(Trois Mille Dirhams)

1AMM= 150.00 DHS

EL MESSAOUDI YOUSSEF
Kinésithérapeute
Imm. Ifrane 5 N° 23 - 2ème Etage
Rue Mohamed Ikbâl Amsefnat - Agadir
Tél : 05 28 22 31 81

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le/...../20.22

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : MU93 E-mail : sbaabi@royalairmaroc.ma Phones : 06.61.20.80.99

Nom et Prénom de l'adhérent : BAABI SOUFIANE

Nom et Prénom du bénéficiaire : BAABI SOUFIANE

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : YOUSSEF EL MESSAOUDI, KINÉSITHÉRAPEUTE

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. BAABI SOUFIANE

Nécessite 2 Séances de KINÉ prescrites par son médecin

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

EL MESSAOUDI YOUSSEF
Kinésithérapeute
Imm. Ifrane 5 N° 23 - 2ème Etage
Rue Mohammed VI - Agadir
Tél : 05 28 22 31 81

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):

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.



CLINIQUE DES PRINCES

M. Sanj'ar Bachir

Docteur : Casablanca Le : 05/09/22

Jena dr Jouda d'Arbell 6/

dr op

→ Kiri (M) 20 years

Dr. TAIB Med
Anesthésie - Réanimation
CLINIQUE DES PRINCES
14, Rue Omar Slaoui - Casablanca
INPE 091132837

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél.: (0522) 27 52 50 / 0600 04 40 58 - Fax: (0522) 27 61 22

Scanned with CamScanner

AGADIR LE : 16/09/2022

Mr : BAABI SOUFIANE

Nombre des séances	Date
1	26/09/2022
2	28/09/2022
3	30/09/2022
4	03/10/2022
5	05/10/2022
6	07/10/2022
7	10/10/2022
8	12/10/2022
9	14/10/2022
10	17/10/2022
11	19/10/2022
12	21/10/2022
13	24/10/2022
14	26/10/2022
15	28/10/2022
16	31/10/2022
17	02/11/2022
18	04/11/2022
19	07/11/2022
20	09/11/2022

EL MESSAOUDI YOUSSEF
Kinésithérapeute
Imm. Ifrane 51015 - 2ème Etage
Rue Med Khel Amsehat - Agadir
Tél: 05 28 22 31 81

N° W21-762696

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11493 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BABRI SOUFIANE

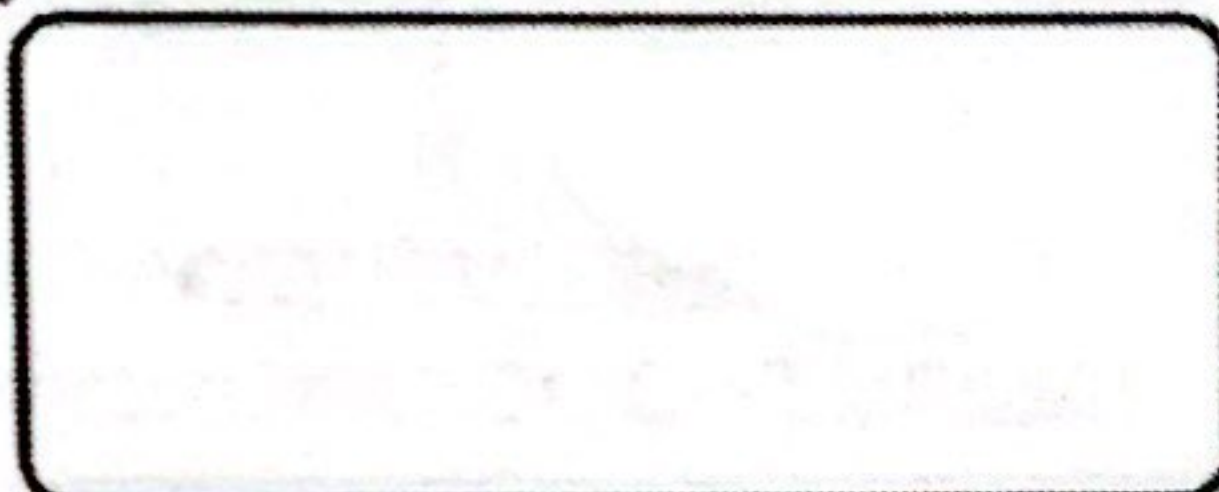
Date de naissance : 12/07/1976

Adresse : Angle Avenue Almoravides et Bd de Juillet
Residence El Habib Imam B n° 111 Agadir

Tél. : 06 61 20 80 99 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : _____

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Agadir Le : 21/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-762696

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes										
				INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
EL MESSAOUDI YOUSSEF Kinésithérapeute Imm. Ifrane 5 N° 23 - 2ème Etage Rue Med Ibbal Ansemat - Agadir Tél: 05 28 22 31 81	16/09/22		Devic			3000,00 DK

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.