

136226



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 07/11/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8599 E-mail : p.hifi@royalairmaroc.ma Phones : 0697299832
 Nom et Prénom de l'adhérent : HIFI FATNA
 Nom et Prénom du bénéficiaire : HIFI FATNA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : **DR IBN ABDELJALIL H.**
 Rhumatologue
 Immeuble de la Commune Appl 3
 Angle Route d'Azzamour
 Sidi Abdoumman Casablanca
 Tél. 0522 89 38 88/95
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. **Hifi de Fatna**
 Nécessite **Kinesithérapie** **15** **(quinze)**
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) ...
 A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

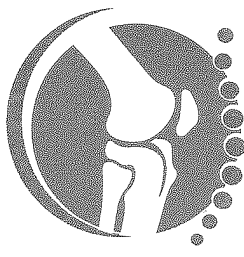
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

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.



Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Hafid Fatima

Casablanca le :

5/11/22

Gonarthrose

⇒ Kinésithérapie

a but analgésique (CS, rétrocollant)

et renforcement des muscles

et vaste intervention

faire 2 séances

IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bd Sidi Abderahmane Casablanca
Tel. 0522 89 38 88/95



Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt 3, 3ème étage Casablanca



05 22 89 38 88 / 95



ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bd Sidi Abderahmane Casablanca
Tel. 0522 89 38 88/95

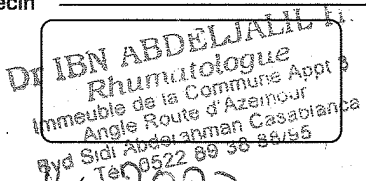
Déclaration de Maladie : N° S19-0050201

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8599 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HIFI FATMA Date de naissance : 23/09/64
 Adresse : Rue Du Houme ville n°3 casa
 Tél : 0697299232 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 05/11/2022
 Nom et prénom du malade : HIFI Fatma Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Goutte
 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 : Le :/...../.....
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0050201

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

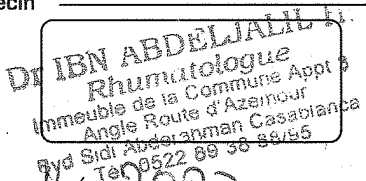
Déclaration de Maladie : N° S19-0050201

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8599 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HIFI FATMA Date de naissance : 23/09/64
 Adresse : Rue Du Houme ville n°3 casa
 Tél : 0697299232 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 05/11/2022
 Nom et prénom du malade : HIFI Fatma Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Goutte
 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 : Le :/...../.....
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0050201

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

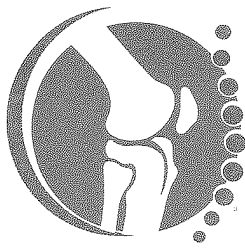
Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 07/11/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 8539	E-mail : p.hifi@marocair.ma Phones : 0697293232
Nom et Prénom de l'adhérent : HIFI FATNA	
Nom et Prénom du bénéficiaire : HIFI FATNA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : DR IBN ABDELJALIL H. Rhumatologue	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Hifi de Fatna Immeuble de la Commune Apt 3	
Nécessite Kinésithérapie 15 Bvd Sidi Abderrahman Casablanca	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 15 (quinze)	
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.



Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Hafid Fahma

Casablanca le :

5/11/22

Gonarthrose

⇒ Kinésithérapie

a but curatif (CS, rééducation)

et renforcement des muscles

et vaste intérêt

faire 2 séances



Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt 3, 3ème étage, Casablanca



05 22 89 38 88 / 95



ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Dr. IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bd Sidi Abderahman Casablanca
Tel. 0522 89 38 88/95

Dr. IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bd Sidi Abderahman Casablanca
Tel. 0522 89 38 88/95