

Le 17/06/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8599 E-mail : j.hifi@royalairmaroc.ma Phones : 0697299232
Nom et Prénom de l'adhérent : HIFI FATMA
Nom et Prénom du bénéficiaire : HIFI FATMA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN ABDELJALIL

Je soussigné : Dr. Houdd IBN ABDELJALIL
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. HIFI FATMA
Nécessite Kinésithérapie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
City Office : Bureau A5, 1^{er} etg. Quartier Missini, Lot 58
Hay Hassani - Casablanca - Tél : 0522 89 38 88/95

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):
Cancer

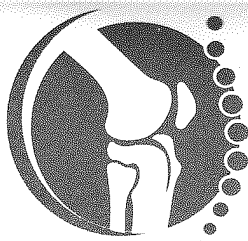
Cachet, date et signature du praticien

Dr. Houdd IBN ABDELJALIL
RHUMATOLOGUE
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
City Office : Bureau A5, 1^{er} etg. Quartier Missini, Lot 58
Hay Hassani - Casablanca - Tél : 0522 89 38 88/95

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.



Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom : Hafide Falemo
Casablanca le : 17/6/23

1) Concussion

⇒ Kinésithérapie

but anti-algique (US, ionisation)

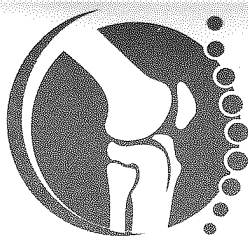
et renforcement quadriceps et

voile interne

faire 2 séances / semaine

Dr. Houda IBN ABDELJALIL
RHUMATOLOGUE
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
City Office - Bureau A5, 1^{er} étage, Quartier Missimi, Lot 58
Hay Hassani - Casablanca - Tél : 0522 89 38 88/95

City Office - Bureau n A5, 1^{er} étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)
05 22 89 38 88 / 95 ✉ ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom : Hafide Falemo
Casablanca le : 17/6/23

1) Conseils

⇒ Kinésithérapie

best anti-algique (US, ionisation)

et renforcement quadriceps et

voile interne

faire 2 séances / semaine

Dr. Houda IBN ABDELJALIL
RHUMATOLOGUE
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
City Office - Bureau A5, 1er étage, Quartier Missimi, Lot 58
Hay Hassani - Casablanca - Tél : 0522 89 38 88/95

City Office - Bureau n A5, 1er étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)
05 22 89 38 88 /95 ✉ ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Déclaration de Maladie : N° S19-0002471

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8589

Société : RAM

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : HIFI FATWA

Date de naissance : 23/09/64

Adresse : Rue Dakhmane mlla n°3

Tél : 697299232

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Houda IBN ABDELJALL
RHUMATOLOGUE
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
City Office - Bureau A5, 1^{er} etg. Quartier Missini, Lot 58
Hay Hassani - Casablanca - Tél : 0522 89 38 88/93

Date de consultation : 17/06/2023

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0002471

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 :



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie : N° S19-0002471

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8599

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HIFI FATIMA

Date de naissance : 23/09/64

Adresse : Rue Duhaime villa n°3

Tél : 697299232

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Houda IBN ABDELJALIL
RHUMATOLOGUE
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
City Office - Bureau A5, 1^{er} etg. Quartier Missini, Lot 58
Hay Hassani - Casablanca - Tél : 0522 89 38 88/93

Date de consultation : 17/06/2023

Nom et prénom du malade : HIFI Fatima

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0002471

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 :

| 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 |
| 17/6/23 | C2 | | 300,00 | Dr. Houda IBN ABDELJALIL RHUMATOLOGUE Spécialiste des Maladies des Os et Articulations City Office - Bureau A5, 1 ^{er} etg. Quartier Missimi, Lot 58 Hay Hassani - Casablanca - Tél: 0522 69 38 88/95 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

✂

VOLET ADHERENT

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

| 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 |
| 17/6/23 | C2 | | 300,00 | Dr. Houda IBN ABDELJALIL RHUMATOLOGUE Spécialiste des Maladies des Os et Articulations City Office - Bureau A5, 1 ^{er} etg. Quartier Missimi, Lot 58 Hay Hassani - Casablanca - Tél: 0522 69 38 88/95 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

✂

VOLET ADHERENT

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