

Le 29/12/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8599 E-mail : j.houadi@outlook.ma, phones : 0697 29 92 32

Nom et Prénom de l'adhérent : HIFDIA FATHWA

Nom et Prénom du bénéficiaire : HIFDIA FATHWA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR. HOUADI

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. HIFDIA FATHWA

Nécessite Kinésithérapie

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

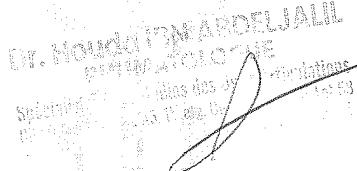
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

Kinebago see bceee de scde

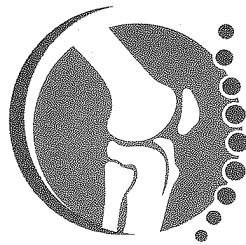
Cachet, date et signature du praticien


 Dr. HOUADI BENABDELJALIL
 Kinésithérapeute
 Spécialiste en ostéopathie et en kinésithérapie

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.



N° 8599 Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام والمقابل

Nom et Prénom :

Hifda Fekhri

Casablancale : 28/12/23

docteur

⇒ Kinésithérapie à

base ostéopathique (IR, massage

deuxième tractelet) et

l'enfoncement de l'os et des

et des muscles pour relâcher

la tension

et faire 2 séances

① City Office - Bureau n A5, 1^{er} étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)

② 05 22 89 38 88 /95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <i>HIFDIA FATHNA</i>		
Date de naissance : <i>23/09/64</i>		
Adresse : <i>Av. Dakhlaoui n° 3 Casablanca</i>		
Tél. : <i>0697259232</i>	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : *28/12/2023*

Nom et prénom du malade : *Hifdia Fathna* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *maladie de foie*

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie **Nº M21-037648**

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).