

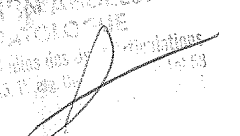
DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

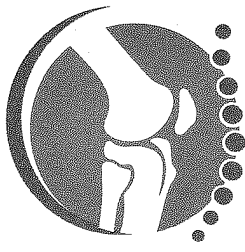
Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 29/12/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 8599	E-mail : f.hifi@royalairmaroc.ma Phones : 0697 299232
Nom et Prénom de l'adhérent : HIFI FATWA	
Nom et Prénom du bénéficiaire : HIFI FATWA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr. Houda Abdeljalil	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. HIFI FATWA	
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):	
Lumbago avec lésions de la scèle	
Cachet, date et signature du praticien	 Dr. Houda Abdeljalil Rhumatologue Spécialiste des maladies des articulations 15/05/2024
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 والمفاصل

Nom et Prénom :

Hifdi Fatma

Casablanca le :

28/12/23

Duulago

=> Kinésithérapie a

but analgésique (IR, massages

doux de détachement) et

renforcement de ceinture abdominale

et des muscles para vertébraux

en isométrie

faire 2 séances / semaine

x 20



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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

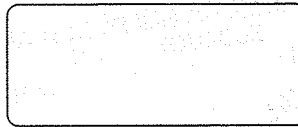
☐ Autres

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 Anhoune n°3 Casablanca
Tél : 0697249232 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/2023
Nom et prénom du malade : HIFI FATMA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-037648

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 :