

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

114543 Le 10/05/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8599 e-mail : hifoi@yandex.ru Phones : 0697898232

Nom et Prénom de l'adhérent : HIFOI FATHIA

Nom et Prénom du bénéficiaire : HIFOI FATHIA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : M. IBN ALI, praticien

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. est dans le cadre de la Commission d'Assurance

Nécessite une hospitalisation de 10 Jours

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Consultation 10 Jours

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

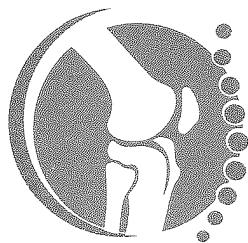
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

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 والمفاصل

Nom et Prénom :

Hifid Falua

Casablanca le: 29/4/22

Gonarthrose

⇒ Kinésithérapie : a

beet analgique (US, l'au salve
et réfлексотерапия на лопт

et vaste intérêt pour la corps

et vaste intérêt pour la sonde

faire 2. séances / sem

x 10

Dr IBN ABDELJALIL
Rhumatologue

Centre de la Commune Appt 3

Scoute d'Azemmour

Angé Rabbia, Bd Abderahman Casablan-

ca Sidi 0522 88 95 88 88 95

05 22 89 38 88 95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Angé Rabbia, Bd Abderahman Casablan-

ca Sidi 0522 88 95 88 88 95

05 22 89 38 88 95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Déclaration de Maladie

N° M21- 0037644

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8599 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HIFDIA FATHWA

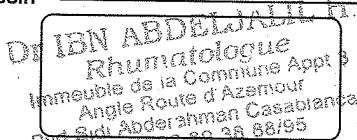
Date de naissance : 23/09/64

Adresse : Rue Duhame mille n°3 Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/04/2022

Nom et prénom du malade : Hifdia Fathwa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Goutteuse

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- 0037644

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 :