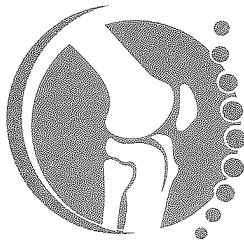


DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

114543 Le 10/05/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 8599	e-mail : hifol@royalairmaroc.ma Phones : 0697299232
Nom et Prénom de l'adhérent : HIFOL FATMA	
Nom et Prénom du bénéficiaire : HIFOL FATMA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr. IBRAHIM EL H.	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. : Mlle. FATMA HIFOL	
Nécessite : Kinésithérapie 10 séances	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : 10	
Gonarthrose 10 points	
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) :	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Cachet, date et signature du praticien	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

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 Fakhri
Casablanca le : 29/4/22

Gonarthrose

⇒ Kinésithérapie : a

besoin analgésique (US, coursaux

et renforcement quadriceps

et veste interne en isonclux

faire 2 séances / sem

x 10

Dr IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemour
& Bd Sidi Abderahmane Casablanca
05 22 89 38 88 / 95
ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8599 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HIFDI FATWA
Date de naissance : 23/09/64
Adresse : Rue Duhaime n°33 Casablanca
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 29/04/2022
Nom et prénom du malade : Hifdi Fatwa 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° M21-037644

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 :