

El Jadida, Le

26/08/2020

M 35
RCC
GOG
Chir. orthopé
M. El Makhdi Abdellatif

15 ans de sté obturante de l'épaule

abord 169 - Fracture d'extérie il po
1 mois

16 SEP. 2020 - Réduction et fixatio
d'entre po et bras

→ Réf ACCUEIL Abord chirurgical
jusque 180°

mot Céur du bras

→ Prosthes - captiu
+ renforcement

Dr HASSAR Med Jawad
Chirurgien
CLINIQUE IBN BADIS
0523 39 51 11
Clinique Ibn Badis
10. شارع ابن باديس - الجديدة
Tél : 0523 39 51 11 - 0523 39 51 12 - Fax : 0523 37 31 25
Site web : www.cliniqueibnbadis.com - E-Mail : cliniquebadis@gmail.com

CABINET DE KINESITHERAPIE

BERRADA - ALLAM NAJIB

KINESITHERAPEUTE D. E. PARIS

REEDUCATION ELECTROTHERAPIE

READAPTATION FONCTIONNELLE

GYMNASTIQUE MEDICALE

11, RUE NAJIB MAHFOUD

EX. RUE OLLIER

RÉSIDENCE WASMA

TEL. : 05 22 20 26 08

CASABLANCA

CASABLANCA, LE :

02/09/20

DEVIS DE TRAITEMENT

La somme de :

Pour une série de :

Adressées à :

Durant la période du

Sur ordonnance du Docteur

BERRADA ALLAM Najib
Kinésithérapeute
11, Rue Naïb Mahfoud (Ex. Ollier)
Casab - Tel: 05 22 20 26 08 AUT 967
CASABLANCA - TUNISIE
BERRADA - ALLAM

MUPRAS
ACCUEIL
16 SEP. 2020

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1135

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELLAKHDI Abdelmoula

Date de naissance :

01-01-1947

Adresse :

Résidence ENNAJDIM 22 Apt 233 Ave SIDI HAMOUDI
CAJABLA NC

Tél. : 05 22 25 11 79

Total des frais engagés TROIS MILLE DHTS DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la 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 : CAJABLA NC

Le : 02/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		A M	P C	I M	I V	
BERRADA A Kinésithérapeute Rue Najib Mahfouz SA - Tél.: 022-2020080	Le 02/09/10	10MIS				3000,-

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

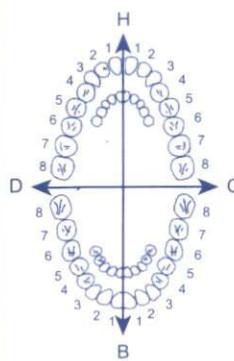
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION