

191102

د. نوال عيساوي

أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل، العمود
الفقري والأوتار
دبلوم كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العيashi بسلا

al AISSAOUI

OLOGUE

les Rhumatismes, des Maladies des Os,
des Mâchoires, la Colonne Vertébrale et des Tendons
de la Faculté de Médecine de Rabat
Médecin à l'Hôpital El Ayachi - Salé



الدار البيضاء، في : 17/01/201.....
Casablanca, le :

me Brakdar Aline

ما ملحوظ بعدم تحريك

- الحساد في التكرار
مع التهاب متوالي
لهم - ملحوظ .

- التهاب المفاصل

- المايم

- التهاب المفاصل

- التهاب المفاصل - المايم
الماء - الماء

Dr AISSAOUI NAWAL
Rhumatologue
Appt. N°3 Immeuble 28 Addamane Anglo
El kods et Ouled Haddou - Ain Chok
Casablanca
Tél. / Fax : 0522 87 33 40

زاوية شارع القدس وأولاد حدو إقامة الضمان العمارنة رقم 28 الشقة رقم 3 الطابق السفلي، عين الشق - الدار البيضاء
1. N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd. El kods et Ouled Haddou - Ain Chok Casablanca
الهاتف / فاكس : 0522 87 33 40

BELKHAYAT Najib

KINESITHERAPEUTE

Diplômé du CHR de Montpellier
Kinesithérapie - Electrothérapie

Angle Boulevard Abdelmoumen
et Rue Soumaya (Imm. Renault)
Téléph. : 022 25 28 57 - Casablanca

المخياط نجيب

خص الطبي والمعالجة الكهربائية

روية عبد المؤمن زنقة سومية

عمارة رونو - الدار البيضاء

هاتف : 022 25 28 57

DEVIS

La Somme de 3000,00 (Trois mille dirhams)
Pour une série de 15 séances de rééducation
fonctionnelle pour Lubrango

Adressées à M. Bouk Bouz Amin

Durant la période du au 200

Sur ordonnance du Docteur Nawal Aissaoui

Avec mes Remerciements
NAJIB BELKHAYAT


BELKHAYAT Najib
KINESITHERAPEUTE
Bd. Abdelmoumen Angle Rue Soumaya
Tél.: 05 22 25 28 57 - Casablanca
N° Aut. 1341



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01
Version : 2.0
Date : 24/05/2022

Le / /20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 12291

E-mail :

Phones : 06 72 66 75 86

Nom et Prénom de l'adhérent :

BOUKDOUR Amine

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

BELKAYA T NSHD
KINESITHERAPEUTE

Mc. Abdellah Allal Ben Abdellah Smaïnaya

Tel. : 06 22 25 28 67 - Casablanca

N° AUL : 1361

Je soussigné :

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

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

15 séances de rééducation
fonctionnelle pour lumbago

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

Écision :

cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour travail. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.