



مركز الرويس الطبي
Centre de Kiné Dar Bouazza

199608

Casablanca, le 11/03/2024

Devis pour MR ESSAFHI JAMAL

12 séances de rééducation

Prix unitaire : 200dhs

Prix total : 2400dhs

Signature et cachet :

Sara EC CHINE
Kinésithérapeute
Dépôté à la Direction de la Santé
28, Lotissement Littoral, Appt. N°1 - Dar Bouazza, Casablanca

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumatolo-orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

مدير: د. محمد بنات
رئيس قسم: جراح مسكشفيات بنات
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) : E.S-SAF, 1/2529, 2524 (AL) : (٥) السيد

Casablanca, le : 27/06/2023

Mr. (Mme) : E.S. SAFA

Dr. N. LATIF IDRIS
TRAUMATO ORTHOPEDIST
75 Boulevard Massira Al Khayr
Tél. 05 22 25 23 25

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	------------------	-----------------------	---------------------------------	--

2500 Dr. N. LATIF IDRI,
TRAUMATO ORTHOPEDI,
75 Boulevard Massara,
101 05 Casablanca

Montant de la Facture	Date	Cachet du Pharmacien
-----------------------	------	----------------------

Montant de la Facture

Databases

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

9/2/24

343150

Cachet et signature du horatiste et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

Data

Designation des Coefficients

Montant
des Honoraires

Cachet et signature

Date des
Soins

A

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

13

[illegible]Montant détaillé
des Honoraires:

Self-Practices

1000

LEO CHINE

La notation est prise de préférence la dent traitée. Facile pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ECG.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Soins

Coefficient

DEFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
DREXELUTIONFIN
DREXELUTION

O.D.F.

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

I

266393412 | 21439550

0	00000000	00000000
1	00000000	00000000
2	00000000	00000000
3	00000000	00000000
4	00000000	00000000
5	00000000	00000000
6	00000000	00000000
7	00000000	00000000
8	00000000	00000000
9	00000000	00000000
10	00000000	00000000
11	00000000	00000000
12	00000000	00000000
13	00000000	00000000
14	00000000	00000000
15	00000000	00000000
16	00000000	00000000
17	00000000	00000000
18	00000000	00000000
19	00000000	00000000
20	00000000	00000000
21	00000000	00000000
22	00000000	00000000
23	00000000	00000000
24	00000000	00000000
25	00000000	00000000
26	00000000	00000000
27	00000000	00000000
28	00000000	00000000
29	00000000	00000000
30	00000000	00000000
31	00000000	00000000
32	00000000	00000000
33	00000000	00000000
34	00000000	00000000
35	00000000	00000000
36	00000000	00000000
37	00000000	00000000
38	00000000	00000000
39	00000000	00000000
40	00000000	00000000
41	00000000	00000000
42	00000000	00000000
43	00000000	00000000
44	00000000	00000000
45	00000000	00000000
46	00000000	00000000
47	00000000	00000000
48	00000000	00000000
49	00000000	00000000
50	00000000	00000000
51	00000000	00000000
52	00000000	00000000
53	00000000	00000000
54	00000000	00000000
55	00000000	00000000
56	00000000	00000000
57	00000000	00000000
58	00000000	00000000
59	00000000	00000000
60	00000000	00000000
61	00000000	00000000
62	00000000	00000000
63	00000000	00000000
64	00000000	00000000
65	00000000	00000000
66	00000000	00000000
67	00000000	00000000
68	00000000	00000000
69	00000000	00000000
70	00000000	00000000
71	00000000	00000000
72	00000000	00000000
73	00000000	00000000
74	00000000	00000000
75	00000000	00000000
76	00000000	00000000
77	00000000	00000000
78	00000000	00000000
79	00000000	00000000
80	00000000	00000000
81	00000000	00000000
82	00000000	00000000
83	00000000	00000000
84	00000000	00000000
85	00000000	00000000
86	00000000	00000000
87	00000000	00000000
88	00000000	00000000
89	00000000	00000000
90	00000000	00000000
91	00000000	00000000
92	00000000	00000000
93	00000000	00000000
94	00000000	00000000
95	00	

0000000000	0000000000
35533411	41433553

100

(Création, remant, adjonction)

Functional. Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CADRE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

⁴ Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VOILET ADHÉRENT

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notant 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, spécialisés, extractions multiples, parodontologie 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.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie 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.

Optique :

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

Médecination :

- 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.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alail Ben Abdallah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakhri et Rue Alail Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LS) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie : N° S19-0053071

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Matricule : 4505

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ESSAËL YAMIN

Date de naissance : 27/02/1983

Adresse : ALI OCEAN DZAOUARA

Tel : 06 61 88 073 Total des frais engagés : Dis

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 : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0053071

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).