



مَرْكَزْ كِينْزْ دَارْ بُوَازْزا  
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  
Kiné thérapeute  
Centre de kiné Dar Bouazza  
Dar Bouazza, Casablanca  
du 11/03/2024 au 11/04/2024

Dr. N. Latif - IDRISI

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  
Traumatologique et Orthopédique



الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب ببنات  
رئيس قسم و جراح مستشفيات بنات  
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

*Dr. N. LATIF IDRISI  
ORTHOPEDIST  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Casablanca  
Tél : 05 22 25 39 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OC.</p>			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DÉBUT D'EXÉCUTION
			FIN D'EXÉCUTION
<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>			
<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p>			
<p>H 26539412 21439552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 36539411 11438553 00000000 00000000 B</p>			
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la prothèse</p>			
DATE DE L'EXÉCUTION			
DATE DU DEVIS			

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

les justificatifs exigés par la Mutuelle

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



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

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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'entête prélaible est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontitis orthodontics, 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 vignette 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.

## Rééducation :

L'entête prélaible renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.

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 cancéreux, 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 cancéreux.

## 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.

# Déclaration de Maladie : N° S19-0053071

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]  Autre  Société : .....  
Matricule : .....  
 Actif  Pensionné(e)  Date de naissance : 27/02/1960  
Nom & Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tel : ..... Total des frais engagés : .....

Cadre réservé au Médecin  Cachet du médecin : .....  
Cachet du praticien : .....  
Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : .....  
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'exhaustivité 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 ADHÉRENT  
N° S19- 0053071

Declaration de malade

Matricule : .....  
Nom de l'adhérente[e] : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....

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

Coupon à conserver par l'adhérente[e].

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

Address Mails utiles : contact@mupras.com  
Reddition : .....  
Prise en charge : .....  
Admission et changement de statut : .....  
carrière personnelle : .....  
MUPRAS : Centre Alai Ben Abdellah - 6ème Etage, Angle Rue Mohamed Fouad et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 76 18 - www.mupras.com