

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010466

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 501 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rouak My Smal Date de naissance : 28-7-64

Adresse : H 30t. Vol Al wira

Tél. : 06 68 19 26 73 Total des frais engagés : 300 - 1950 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed DRAOU
Chirurgien Traumatologique
38, Av. Chellah, Rés. Ryad Hassan /
Appt. N° 5 - Rabat
Tél: 05 37 66 16 37/38
Université 05 21 18 67 66
ID: 05 21 18 67 66
05 21 18 67 66
05 21 18 67 66

Date de consultation : 19/08/2008 Age : 54

Nom et prénom du malade : Rouak My Smal Enfant :

Lien de parenté : Af Lui-même 04 Conjoint

Nature de la maladie : Fracture

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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) : 

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
19/06/19	g		300-	
20.			1	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

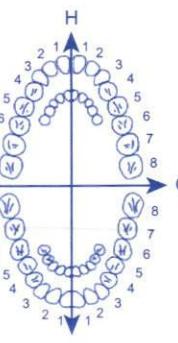
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
EL MAAKKAWI Hamza Masseur Kinésithérapeute Lot. Naja, Im. C. J. L. Z. Z. N°1 - Deraa Tel: 0522 51 146 1645 2010 42 M: 098 20968000038	21/06/19 Ann7					130 x 15 = 1950 HT TVA 10% Cahtegorie HT

SOCIÉTÉ DES DENTISTES ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser le type d'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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
	MONTANTS DES SOINS																	
	DEBUT D'EXECUTION																	
	FIN D'EXECUTION																	
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
MONTANTS DES SOINS																		
DATE DU DEVIS																		
DATE DE L'EXECUTION																		
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">(Création, remont, adjonction)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	(Création, remont, adjonction)			Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
B	00000000	00000000																
(Création, remont, adjonction)																		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapie - Électrothérapie
Gymnastique Médicale
Massage Médicaux



المكاوي حمزة

الترويض الطبي
المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبيعي

Deroua, le : 21/06/19 الدروة، في :

FACTURE

No. 000080
EL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinésithérapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er. Etage N°1 - Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

Nom et Prénom : Dʳ FouAK ISNĀIL

la Somme de : ٧١٦ Neuf Cent Quinze Dirhams

$$180 \text{ (DH)} \times 15 \text{ (S)} = 1950,00 \text{ DH}$$

pour : 15 (quinze) Séances de : Rééducation

Intervenant : Dr. Fouad Ismail al-Jedda - Jidder

Signature

EL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinésithérapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er. Etage N°1 - Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42
ICE : 000320968000038

تجزئة نجاح، عمارة C ، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة

Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42

ICE N° : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

مركز الترويضي الطبي والعلاج الرياضي المكاوي
Centre de Kinésithérapie El Makkawi



Nom : Dr Rouaf

N° Ref : ISNAIL

Nbre : 15 (Quinze)

R.V. : 3F / S

P.E.C. :

EL MAKKAWI HAMZA
KINESITHERAPEUTE
TEL : 0645 20 10 42

تجزئة نجاح، عمارة C ، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua
Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42
E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

Docteur Abdenbi EL KAMAR
Professeur en Neurochirurgie
Chirurgie du Cerveau et de la
Colonne Vertébrale

الدكتور عبد النبي القمر
أستاذ في جراحة
الدماغ والأعصاب
والعمود الفقري

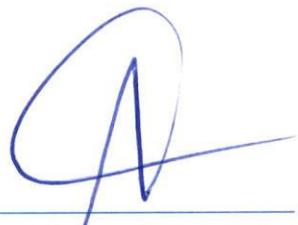
Casablanca, le : 13.5.9

A Rovak Iraoui

Revascularisation
segmentaire musculaire

du quadriceps / Dr Loubahi

15 years
3 Jrs / jeans



Date	Heure
17 - 05 - 2019	M
20 - 05 - 2019 TEL : 0545 20 10 42	M
22 - 05 - 2019 TEL : 0545 20 10 42	M
24 - 05 - 2019	M
27 - 05 - 2019	M
29 - 05 - 2019 TEL : 0545 20 10 42	M
31 - 05 - 2019 TEL : 0545 20 10 42	M
03 - 06 - 2019	M
07 - 06 - 2019 TEL : 0545 20 10 42	M
10 - 06 - 2019 TEL : 0545 20 10 42	M
12 - 06 - 2019 TEL : 0545 20 10 42	M
14 - 06 - 2019	M
17 - 06 - 2019 TEL : 0545 20 10 42	M
19 - 06 - 2019 TEL : 0545 20 10 42	M
21 - 06 - 2019.	M

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapie - Électrothérapie
Gymnastique Médicale
Massage Médicaux



المكاوي حمزة

الترويض الطبي
المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

Deroua, le : 17/05/2014

DEEL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinesitherapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage N° 1 - Deroua
Tél: 0522515146 - 0645201042
ICE : 000320968000038

Nom et Prénom : R'ouak ISMAIL

la Somme de : 11k Nef Gant Augmenté

pour : 15 (quinze) Séances de : Deep Tissue
et renforcement musculaire. Au profit de la partie
mien Ilio-jubrin.

Signature : EL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinesitherapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage N° 1 - Deroua
Tél: 0522515146 - 0645201042
ICE : 000320968000038

تجزئة نجاح، عمارة C ، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42
ICE N° : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 17/05/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : *Hamza EL MAKKANI*

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M^e *Rouak ISMAÏL*

Nécessite *10 (quatre) séances de rééducation et entraînement* par *EL MAKKANI Hamza*

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) *et* *100-50%*

EL MAKKANI Hamza
Masseur Kinésithérapeute
Lot. Najah Im. C, 1er. Etage N°4 - Casablanca
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 41

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

EL MAKKANI Hamza
Masseur Kinésithérapeute
Lot. Najah Im. C, 1er. Etage N°4 - Casablanca
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 41

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

.....
.....
.....

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.