



Caisse des Médecins
Société coopérative - Agence Genève-Valais
Chemin du Curé-Desclouds 1 - 1226 Thônex
Tél. 0848 302 302 - Fax 022 869 45 01
ctr@caisse-des-medecins.ch

Copie certifiée conforme

Release 4.5G/fr

Document	Identification	4 15 238 665	12.01.2023 13:50:20	Page 1/1
Auteur	N° GLN (B)	7611910000047	CAISSE DES MEDECINS GENEVE	Tél : 0848.302.302
facture	N° RCC (B)		SOCIETE COOPERATIVE - 1226 THONEX	Fax : 022.869.45.01
Four. de	N° GLN (P)	7601007099443	Madame Camille Chypre	Tél :
prestations	N° RCC (P)	G 7127.25	Rue de la Mairie 3 - 1207 Genève	Fax :
Patient	Nom	ABOUELENEIN		
	Prénom	AMRO		
	Rue	34 RUE DE GENEVE		
	NPA	1210		
	Localité	FERNEY VOLTAIRE		
	Date de naissance			
	Sexe		ABOUELENEIN AMRO	
	Date cas		34 RUE DE GENEVE	
	N° cas		1210 FERNEY VOLTAIRE	
	N° AVS			
	N° Cada			
	N° assuré			
	Canton	GE		
	Copie de facture	Oui		
	Type de remb.	TG	Date/N° GaPrCh	
	Loi	LAMal	Date/N° facture	12.12.2022/415238665-68
	Traitement	23.11.2022 - 23.11.2022	Date/N° rappel	
	Type traitement	Ambulatoire		
	Motif traitement	Maladie		
	N°/Nom entreprise			
	Rôle/Localité	Physiothérapeute / Cabinet médical		
Mandataire	N° GLN/N° RCC	7601000052667/U1529.23 BENCHALGO ABDELMADJID 1870 MONTHEY		
Diagnostic				
Liste GLN		1/7601007099443		
Commentaire				

Date	Tarif	Code	Code réf.	Sé	Cô	Quantité	Pt PM/Prix	f PM	VPt PM	Pt PT	f PT	VPt PT	E R P M	Montant
23.11.2022	312	7350		1		1.00	24.00		1.07				1 1 1	25.68
		Supplément pour le premier traitement												
23.11.2022	312	7301		1		1.00	48.00		1.07				1 1 1	51.36
		Forfait par séance individuelle pour physiothérapie générale												



N° TVA :
Monnaie : CHF

Montant total : 77.04
dont pr. obl. : 77.04

Montant de la
facture : 77.05

Prescription de Physiothérapie

Identité:

Nom: 29.08.1986 / Masculin
140054/1
ABOUELENEIN
AMRO
34 Rue de Genève c/o M3 Hôtel Ferney
01210 Ferney-Voltaire
076 453 42 56
Téléphone privé
Employeur
NPA/Lieu
Téléphone prof.
Assureur
N° d'ass./acc.

Diagnostic:

☐ notification séparée au médecin-conseil selon LaMal

Maladie ☒ accident ☐ invalidité
Déséquilibre L4-L5, l'anneau
discal.
L5/S1.
L5/S1.

Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):

ordonnance: ☒ première ☐ deuxième ☐ troisième ☐ quatrième ☐ traitement de longue durée

But du traitement:

- ☒ Analgésie/anti-inflammatoire
☒ Amélioration de la fonction articulaire
☒ Amélioration de la fonction musculaire
☒ Proprioception/coordination
☐ Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire
☐ Amélioration de la fonction circulatoire
☐ Autres: _____

- ☐ But particulier _____
☐ Bandages (Tape)
☐ Instruction

Nombre de traitements: 09 ☐ Traitement à domicile ☐ 2 traitements par jour ☐ Contrôle médical après _____ traitements

☐ Location d'appareils: _____

Mesures physiothérapeutiques:

(à compléter par le médecin s'il le désire)

Tourner par ventral
et Sangre Abdominale


En accord avec le médecin, le/la physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Médecin (Timbre): N° CSCM.: _____

Physiothérapeute (Timbre CSCM):

Dr A. BEN
Centre Méd
Rue de
1202
022 734 51 12

Camille CHYPRE
Physiothérapie

Date: 17-11-12 Signature: 

Date: _____ Signature: _____

Remarques: _____