

Marouane HOBAIZI

Kinésithérapeute &
Physiothérapeute

مروان هوبزي

اختصاصي في التهريض الطبيعي
و العلاج الفيزيائي

DEVIS

187137

Salé le _____ : 20 / 11 / 2023

NOM ET PRENOM : MAROUANE HOBAIZI

1 séance de rééducation fonctionnelle à ... 110,00 DHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées 11

arrêté le présent devis à la somme de ... 2210,00 ...

Dix mille deux cent cinquante dir.

--Patente : 290 19 349
-- I.F : 40484828
-- I.C.E : N° 000828680000048

Cachet et signature :

Marouane HOBAIZI
Kinésithérapeute
18,Rue Tabouk, Hay Sbhi
Rue Chaussée Tabriquet - Salé
GSM : 06 65 22 87 77 06 38 65 34 84

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 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'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie 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.

Rééducation :

- 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

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 05-05 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fair et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'I - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (0) - Fax : 05 22 22 78 10 - www.mupras.com

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

Déclaration de Maladie
M23-009053

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9233	Société : RAM (RETIREE)		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : SABER Soumia			
Date de naissance : 12/03/1962			
Adresse : 1325 Avenue Hassan II, 10000 Casablanca			
Tel. : 0666 83893			
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNIDP N° AA215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____

Lieu de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Fistule**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

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

Dans le cas où le médecin 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 ADHÉRENT

Déclaration de malade **M23-009053**

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

Matricule : **9233**
Nom de l'adhérent(e) : **SABER Soumia**
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/11/13				<i>Chagou Anis Ortho-Traumatology 06.06.61.55.25.72</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	IV	
<i>Chagou Anis</i>	24/11/13	1	0	0	0	226,-

VOLET ADHERENT

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

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

18/11/2013

Dr Chagou Anis

Fracture de l'humérus
réduction et
bandage
+ analgésiques +++ pleurocav
+ Idoxine ++ (10cc)

*Pr Chagou Anis
Ortho-Traumatology
06.06.61.55.25.72*

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Babil Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma