

Marouane HOBAlZI

Kinésithérapeute &
Physiothérapeute

مروان هوبيزي

اختصاصي في الترويض الطبي
و العلاج الفيزيائي

DEVIS

187137

Salé le _____ : 20/11/2023

NOM ET PRENOM : MAROUANE HOBAlZI

1 séance de rééducation fonctionnelle à ...150...DHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées ...15...

arrêté le présent devis à la somme de ...2250...ma...

Donnée en double et cinquante d'avis

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

Cachet et signature :

Marouane HOBAlZI
Kinésithérapeute
18, Rue Tabouk Hay Sbihi
Tabriquet - Salé
GSM : 06 65 22 87 77

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alai Ben Abdellah - Borne Dague Angie Rue Mohammed Fakir et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de 11 - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LJ) - Fax : 05 22 22 76 10 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-009053

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9233 Société : RDM (RETRAITEE)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SABER Soumia

Date de naissance : 10/05/1962

Adresse : 19250 Alizahine Rue El Yassmine apt 11 Hay RANA Casa

Tél : 0666 83893 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Age : / /

Nature de la maladie : Raché crân

Affection longue durée ou chronique ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : /

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

Dans le cas où le malade 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 M23-0009053

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9233

Nom de l'adhérent(e) : SABER Soumia

Total des frais engagés : /

Date de dépôt : / /

| RELEVÉ 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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 24/11/23 | | | | | 226,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOILET ADHERENT

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



المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

18/11/2023

Dr. Soumaya

For BP

rester à la

Chambre DTC

+ ampicillin ++ + Flexal 1000

+ Iroprim ++
(15 jours)

Dr. CHAGOU Anis
Généraliste-Traumatologie
BP: 091177519
Tél: 06 61 55 25 72

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 83403 Casa Oum Rabii 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