



157636

مركز الترويض الطبي  
Centre de Kiné Dar Bouazza

Casablanca, le 14/04/2023

Devis pour Mme AZIZ MARYA

30 séances de rééducation cervicale

Prix unitaire : 200dhs

Prix total : 6000dhs

Signature et cachet :

CENTRE DE KINE  
DAR BOUAZZA  
28, Littoral II, Dar Bouazza  
Appt N°1 - Casablanca

Dr. Youssief BOUZOURAA

Neurochirurgien (Adulte - Enfant)

Spécialiste des Maladies du Système Nerveux  
et de la Colonne Vertébrale  
Neurochirurgie à Crâne Fermé - STEREOTAXIE  
Electroencephalographie

Ex. Enseignant du C.H.U. Avertours  
Expert Assermenté près des Tribunaux

18, Rue Abou Maachar quartier des Hôpitaux  
(à côté de Radiologie Anoual) - Casablanca

Sur Rendez-vous



⑦

05 22 86 28 22  
05 22 86 19 38

الدكتور يوسف بوزوراع

إختصاصي في جراحة أورام  
الدماغ والأمعاء والعمود الفقري  
الكليار والأطفال  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
مدرس سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
خبير معتمد لدى المحاكم

18- رتبة أبو عمر في المستشفيات - الدار البيضاء  
بالبيضاء

Casablanca, le 07 FEV. 2023 المدد البيضاء في

M<sup>me</sup> Aziz Marya

30 séances de rééducation

renforcement de la musculature  
cervico-scapulaire

Dr. Y. BOUZOURAA  
Neurochirurgien - Expert Assermenté  
18, Rue Abou Maachar - Anoual  
Casablanca  
Tél: 05 22 86 28 22

En cas d'urgence contacter Clinique ANOUAL - Tél.: 0522 86 02 07 / 08 / 09 / 10 - Fax : 0522 86 19 38

14, Rue Zakieddine Attaoussi (derrière Lycée Charles de Foucauld) à côté du Bd. Anoual (Ex Félix Faure) - Casablanca

E-mail : anoual-bouz@hotmail.com - Site Web : www.clinique-anoual.com

Patente: 36300236 - I.F.: 41708431 - N° C.N.S.S.: 1268748 - I.C.E.: 001612175000025



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07 Fevr 2023	S			DRP : 091039 Dr. Y. BOUZOUBA Neurochirurgie - Expert Assurances 18, Rue Abou Manchar - Anassar Casablanca Tél: 05 22 86 28 22

## 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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE DE KIN DAR BOUAZZA 28, Littoral II, Dar Bouazza Appt N° 1 - Casablanca	23	30	200	=	6000 DA	

## VOLET ADHERENT

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





**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-763699

ES05 149750

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12327 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MDAGHRI FILALI HOUNIR

Date de naissance : 02/09/1985

Adresse : 137, Les villas Des prés DAR Boudja  
Casablanca

Tél. : 0661 087775 Total des frais engagés : 6000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Y. BOUZOUBAA**  
Neurochirurgien - Expert Assemblé  
10, Rue Abou Maachar - Anoual  
Casablanca  
Tél: 05 22 86 28 22

Date de consultation : 07 Fevr 2023

Nom et prénom du malade : MARYA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

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'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 : 16 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-763699

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :