



وصفة طبية

176767

## Ordonnance

Casablanca, le :

04/08/2017

Six jours

Fait à la clinique de  
Mme ... au chevet de  
Fraîchement

+ en cours de

prise ++

(de suite)

Pr CHAGOU Aniss  
Orthopédiste Traumatologue  
INP : 091177519  
Tél : 06 61 55 25 72

Marouane HOBAIZI

مروان هوبايزي

Kinésithérapeute &  
Physiothérapeute

أخصائي في التزويض الطبي  
و العلاج الفيزيائي

## DEVIS

Salé le \_\_\_\_\_ : M / 10 / 20 23

NOM ET PRENOM : MAROUANE HOBAIZI

1 séance de rééducation fonctionnelle à 150 DHS

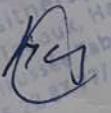
Nombre de séances prescrites ou suggérées .....

arrêté le présent devis à la somme de 300,-

Très bonne dihbar

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

Cachet et signature :

Marouane HOBAIZI  
Kinésithérapeute  
18 Rue Tabouk, Hay Sbihi  
Rez-de-chaussée, Tabriquet-Salé  
GSM: 06 65 22 87 77 / 05 38 85 54 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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 : pcc@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 Allai Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**Déclaration de Maladie**  
M22- 0045359

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9233	Société RAM (RETRAITÉE)		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SABER Sennia			
Date de naissance : 10/03/1968			
Adresse : 19 Rue El Youssefine Résid. Saïaneney Agdal Casablanca 20000			
Tél. : 06 66 28 98 33 Total des frais engagés : 0000 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / /			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Problème cardiaque		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : / /
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 : 10/09/2019 Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) :

<b>VOLET ADHÉRENT</b>			
Déclaration de maladie M22-0045359			
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 : / /			

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 Piétement des Actes	
04/03/07				<i>DR MACHAU 04/03/07 1531</i>	
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
<b>ANALYSES - RADIGRAPHIES</b>					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICOAUX</b>					
Cachet et signature du Professionnel	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
<i>Marouane ROAIZI Kinésithérapeute Musée Taboury, Musée Fabre GSM: 06 65 22 87 77 / 05 34 65 30 54</i>	AM	PC	IM	IV	<i>do Mar réflect en pa</i>
					<i>3000,-</i>
<b>VOLET ADHERENT</b>					
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>					