

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

138086

DEVIS

Date 18/10/2022  
N° : 221018114036BE

Nom patient : CHERIFI TAYEB

Prise en charge : PAYANTS

Traitements REEDUCATION  
REEDUCATION NEUROLOGIQUE

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Reeducation neurologique	10	K	150,00	1 500,00
Sous-Total				1 500,00

Arrêté le présent devis à la somme de :  
*UN MILLE CINQ CENTS DIRHAMS*

Total devis 1 500,00

*Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Soins de Suite et Rééducation*  
090063728

18/01/22

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

Hc Cherif Rayed

Lombalgie L5 grande

→ 10 sirops de réduction fonctionnelle  
1x JIS)

- Massage décontractant

- Physio entraînement US tensionnel

- Acupression des nerfs lombaires

- Infiltration nerveuse lombaire de cl. 1

- Etiement de D1-T5

- Réentraînement = 1 séance

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant ASLY Mouna X  
Médecine Physique  
091186387



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

Nº M20- 0006952

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 1267 ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : ..... CHERIFI TAYEB .....

Date de naissance : ..... 01.01.1950 .....

Adresse : .....

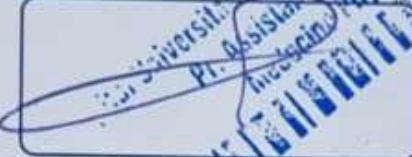
Tél. : ..... 0661250181 .....

Total des frais engagés

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... 12/10/2022 .....

Nom et prénom du malade : ..... M. Cherifi Tayeb .....

Age : .....

Lien de parenté : .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

Angine / Pneumonie

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 : ..... CASA .....

Le : ..... 18 / 10 / 2022 .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-06952

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 : ..... 1267 .....

Nom de l'adhérent(e) : ..... CHERIFI .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....