

129350

Casablanca, le 31.8.22

ATTN: DEVIS Pour Accord
New

Concernant : M^{me} Hadine Ahmed

Melle AMINA LAGHZAOUI vous présente ses compliments et vous prie de
Trouver ci-dessous son devis pour le traitement de rééducation qui vous a
Eté prescrit :

20 séances de rééducation :

Rubrique	code	Nbr U.	P.U	Total
Séance rééducation	AMM 9+5/2	20	x 150	= 3000 DH

TOTAL DEVIS :

CENTRE LAGHZAOUI
Kiné et Bien-Être
12, Place de la Division Leclerc
C - Casablanca
Tél : 05 22 98 32 85

Arrêté le présent devis à la somme de :

Trois mille dinars

CENTRE LAGHZAOUI
Kiné et Bien-Être
12, Place de la Division Leclerc
C - Casablanca
Tél : 05 22 98 32 85



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le.....

31/08/2022

Demande de kinésithérapie fonctionnelle

Nom : Mr HADINE Ahmed

Nombre de séances : 20 (deux à trois séances par semaine)

Merci d'assurer des séances de kinésithérapie pour un
syndrome parkinsonien atypique (MSA):

Le travail doit comporter :

- Un travail de la posture rachidienne
- Lutte contre la raideur et la douleur musculo-squelettique (mobilisations passives et étirements)
- Travail de la marche : améliorer la longueur et le rythme des pas
- Améliorer l'équilibre et les réactions posturales contre les chutes

Professeur Hicnam EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
Tél : 06 67 1 1032391

CENTRE LAGHZAOU
Kiné et Bien-Être
Place de la Division Leclerc
C. Casablanca
Tél : 05 22 59 52 85

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 / 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma
Site web : www.cliniquejerrada.ma



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

N° 1122

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007200

Société : Ed Agent RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HADINE AHMED

Date de naissance : 29/05/2000

Adresse : RADOU AL AZHAR, 177, B2, Rue Patrice Lumumba, Marrakech

Tél : 066779261

Total des frais engagés : 896,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 27/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

DOSSIER

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
<p>CENTRE ELACHZAOU Kiné et Bien-Être 72, Place de la Division Casablanca T : 05 42 58 32 85</p>	31/08/22	9x5 2	20x150	30000	30000
<p>CENTRE ELACHZAOU Kiné et Bien-Être 72, Place de la Division Casablanca T : 05 42 58 32 85</p>					

VOLET ADHERENT

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