

CENTRE DE KINESITHERAPIE CHIFAA
EL HAINOUNI Amine
Kinésithérapeute - Physiothérapeute

126832

Casablanca, le :

20/08/2022

الدار البيضاء في :

Nom du destinataire du devis :

Moradlag Hajma

Devis

Désignation	Nombre de séance	Prix par séance	Total en Dhs
séances de rééducation et de physiothérapie du genou gauche	12 séances	1500\$	18000\$

Signature et cachet :

CENTRE DE KINESITHERAPIE
CHIFAA
Hay Mazola Rue 3 N° 93-95 - H.H.
Casablanca
Tél.: 0522 93 54 80 / Gsm: 0614 18 94 04

مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Laheem El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

P. K. NASSAR
Professeur Agrégée
Service de Rhumatologie
Clinique de Rochd - Casablanca

Casablanca, le : 17/08/2022

M. Nassreddine Najma.

Amputation gauche
nonche avec lésion suite
à une fracture par aklé post 8
mois
Rééducation physique

- ① physiothérapie cutané
- ② massage + Renforcement
musculaire
lente contre l'enraidissement

12 fois par semaine

CENTRE DE KINESITHERAPIE
CHIFAA
Hay Mazza Rue J N° 93 - 95 - H.H
Casablanca
Tél.: 0522 93 54 30 / Gsm : 0514 18 94 04

URGENCES 24/24 مستعجلات



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- 0018095

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2263 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Hammouchi Mohammed

Date de naissance :

21/11/1953

Adresse :

Lotissement Sidi Abderrahman
Rue 28 N°23 OULFA Casablanca

Tél. :

0658 65 38 27

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. K. NASSAR
Professeur Agrégé
Service de Rhumatologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Pr. K. NASSAR
Professeur Agrégé
Service de Rhumatologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation :

02/2022

Nom et prénom du malade :

Mousseddag Alajma

Age : 67 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Immortelle

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0018095

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 :

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
10/08/2022		1	4	

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	
	20/08/2022					18000

VOLET ADHERENT

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