

Centre Kiné-Forme

Nadia LAHMIDI

Kinésithérapeute
Physiothérapeute

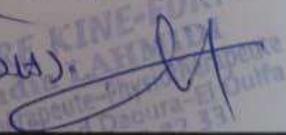
134980

Casablanca, le : 25/01/22

Devis

Nom : Dr... Ammar Rkia.

* Siennes Dr Rkia Jaelian Fonctionnelle -
d ANC ischémique sous la clavicule
du ♂ Abdesshi EL Kammur.

* Devis unité à la Somme Dr.
2290DH (deux mille deux cent
cinquante DH). 

299, Bd Oued Daoura El Oulfa (en face rond point Chahdia) - Casablanca
Tél.: 05 22 93 82 33 / GSM : 06 62 55 65 19

Docteur Abdenbi EL KAMAR
Professeur en Neurochirurgie
Chirurgie du Cerveau
et de la Colonne Vertébrale

الدكتور عبد النبي القمار
أستاذ في جامعة
المخ والاعصاب
والعمود الفقري

Casablanca, le:

13.10.22

L. Annane Rba'

Reçu au cabinet pour
hémiparésie gauche
(AVC ischémique)

15 years

2f3/semaines

Dr. ABDENBI EL KAMAR
Neurochirurgie
Centre Médical Ben Abdellah

روية شارع البراقونى المختار، عدد ٣ الطبق الاول الشقة رقم ٣ - الدار البيضاء . الهاتف : 05 22 26 38 38 :
Angle Bd . Zerkouni - Med Ben Abdellah 1^{er} Etage Appt. N° 3 - Casablanca - Tel : 05 22 26 38 38
Gsm : 06 00 04 43 43



Déclaration de Maladie

N° M21- 1054585

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 648 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ANNANE RKia Noura CHIBADA Abdesslam

Date de naissance :

Adresse : 41, rue 162 groupe "K" RL Casablanca

Tél. : 0667 27 3639 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdenbi EL KAMAR
Neurochirurgien
Angle Bd. Zerkou, 1 et Bd Med
Ben Abdellah - Casablanca
05 22 76 30 23

Date de consultation : 13/10/2022

Nom et prénom du malade : Annane RKia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ANC

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-054585

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 :