

# Centre Kiné-Forme

Nadia LAHMIDI  
Kinésithérapeute  
Physiothérapeute

134980

Casablanca, le : 25/01/22

## Devis

Nom : M. Amour Rkici

\* BS Sciences du Risque Incertitude Fonctionnelle -  
d AVC ischémique sous le contrôle  
du Dr Abdou EL Khoumri.

\* Devis arrêté à la somme de:  
2250 DH (deux mille deux cent  
cinq de 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 التبي القمير  
أستاذ في جراحة  
الدماغ والأعصاب  
والعمود الفقري

Casablanca, le : 13.10.22

M. Annane Rkhi

Reçu du Caht par  
l'entrevue gauche  
(AVC ischémique)

15 jours

23/24 jours

زاوية شارع الزركتوني - محطتين عبد الله الطابق الأول الشقة رقم 3 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 38 38  
Angle Bd . Zerkouni - Med Ben Abdellah 1<sup>er</sup> Etage Appt . N° 3 - Casablanca - Tel : 05 22 26 38 38  
المحصول : 06 00 04 43 43 - Gsm



**MUPRAS**

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

## 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 Veuve CUBADA Abdesslam

Date de naissance :

Adresse : 41, rue 162 groupe "K" EL Oulfa Casablanca

Tél. : 0667 273639 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdenbi EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Angle Bd. Zerktouli et Bd Med  
Ben Abdellah - Casablanca  
05 22 26 22 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 : AVC

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 : / /

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 :