



KINE HEALTH
CABINET ALAOUI MDARHRI

143535

Casablanca, le 22/01/2023

Devis

Nom du patient : ... Mme Fathiaeddine Lamia

Type de prestation : ... seances de Rééducation cheville droite endorse ..

Médecin traitant : ... Dr H El Janydi

Nombre de séances : ... 12

Prix unitaire de séance : ... 140 dh

Prix total : ... 1680 dh

Arrêté le présent devis à la somme de : ... Quatre-vingt-dix-huit

ALAOUI MDARHRI Houda
Kinésithérapeute
Bd El Qods, quartier Omaria
Rés Al Qods GR1 Appt 1 Casa
Tél/05 22 21 21 12



CLINIQUE
VILLE VERTE
ELSAN

ORDONNANCE

01.01.23

Casablanca le,

Fakhereddine Karim.

- Urgences 24h/24
- Médecine
- Chirurgie
- Réanimation
- Radiologie
- Cardiologie Interventionnelle
- Maternité
- Réanimation Néonatale
- Hémodialyse

CLINIQUE VILLE VERTE
Villa Verte
Tél: 05 22 51 23 23 - 05 67 57 57 57

Douze séances kiné
choc de sucre pour
enferme l'E.
- → Hydrothérapie aménage.
- → drainage lymphatique.
- Cryothérapie.
- Renforcement musculaire
+ fibular.
- Proprioception

Docteur M. EL JAMRI
Chirurgien
Orthopédie & Traumatologie

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Villa Verte Bouskoura 20180 - Casablanca
Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma
ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57



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

Déclaration de Maladie

M22- 0027362

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1586 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELYASMINA Abdallah

Date de naissance : 11/02/1952

Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA 66 LA VILLE

VERTE BOUSKOURA / CASA

Tél. : 0665 034436 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur M. EL JAMRI
Chirurgien
Orthopédie - Traumatologie

Date de consultation : 01/01/2023

Nom et prénom du malade : Karima Fakhroeddine Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : En bosse cheville droite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 M22-0027362

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 :