

143535

Casablanca, le 02/01/2023

Devis

Nom du patient : M. Fakhreddine Kamina

Type de prestation : séances de rééducation cheville droite endorse

Médecin traitant : Dr. H. EL JAHDI

Nombre de séances : 12

Prix unitaire de séance : 140 dh

Prix total : 1680 dh

Arrêté le présent devis à la somme de : mille six cent quatre-vingt dix-huit dirhams

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

Casablanca le,

01/01/23

Fakhreddine Karim

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Douze séances kiné
cheville droite pour
enlève UE.

- 7 Hydrothérapie antalgique.

- Drainage hy-phalique.

- Cryothérapie.

- Renforcement extenseurs
et flexeurs

- Proprioception

CLINIQUE VILLE VERTE

Clinique Villa Verte

3

Tél: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

Docteur M. EL JAMRI
Chirurgien

Orthopédie - Traumatologie

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville 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

**MUPRAS**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 : BELYSMINE AbdallahDate de naissance : 11/02/1952Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA 66 LA VILLE
VERTE BOUSKOURA / CASATél. : 0665.034436 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur M. EL JAMRI
Chirurgien
Orthopédie - TraumatologieDate de consultation : 01/01/2023Nom et prénom du malade : Karima Fakhroeddine Age:

Lien de parenté :

☐ Lui-même☒ Conjoint☐ EnfantNature de la maladie : Entorse cheville droiteAffection 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 ADHERENTDéclaration 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 :