

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **154992** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

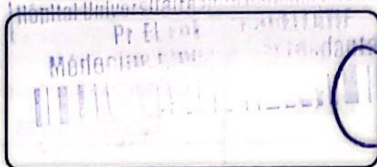
Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **30 / 12 / 2022**

Nom et prénom du malade : **NATIH Abdesselam** Age: **70 ans**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Peite de l'autonomie / Parkinson**

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- 67826

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
30/12/2022	CD	300 DHS		

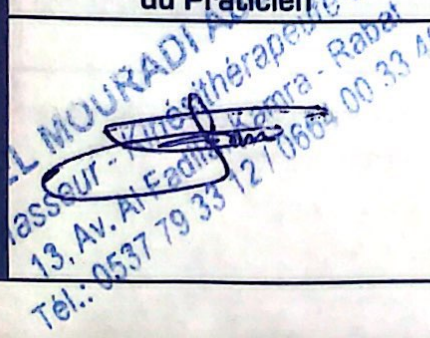
## EXECUTION DES ORDONNANCES

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	
	Du 22/03/23	AMM	20	30	=	6000,00 DH Devis
	Au 31/05/23					



وصفة طبية  
**Ordonnance**

EL MOURADI Abdallah  
Masseur - Kinésithérapeute D.E  
13, Av. Al Fadila, Kamra - Rabat  
Tél.: 0537 79 33 12 / 0664 00 33 46

Casablanca, le : 30/12/2022

Monsieur Najih Abdesselam  
présente une lésion de la main  
au Parkinson.  
Nécessite 30 séances de rééducation  
avec les objectifs d'éviter les  
raideurs articulaires, le travail  
de la coordination motrice séquentielle  
des membres inférieurs + travail  
soléus de la main

Modocine physio et  
091037977

**EL MOURADI Abdellah**

Ex-Kinésithérapeute aux Hôpitaux  
de PARIS - COCHIN

Spécialiste en Rééducations Fonctionnelle  
et Traitement des Douleurs Rhumatismales  
Traumatiques ou Neurologiques



**المرادي عبد الله**

اختصاصي في الترويض الطبي  
والعلاج الطبيعي للآلام الروماتيزم  
والكسر والأعصاب

**DEVIS N° 21/23**

الرباط، في 20/03/23 Rabat le :

Nom - Prénom : Mr. Najib Abdesselam

DESIGNATION	QUANTITE	P.UNITAIRE	P. TOTAL TTC
Reçu pour ..... 30 ..... Séances	30	200,00	6000,00 DR
de Rééducation fonctionnelle :			
<u>Parkinson</u>			
Pour la période allant :			
Du : <u>22/03/23</u>			
Au : <u>31/05/23</u>			

TOTAL GÉNÉRAL T.T.C : 6000,00 DR

Arrêté le présent Devis à la somme de : Six mille dinars

13, Avenue Al Fadila N° 3  
Q.I - Kamra - Rabat

Tél : C/ 05 37 79 33 12 / 06 33 66 33 56  
Patente N° : 27600883 - R.C. : - Rabat 49120  
C.N.S.S : 8035281

13 شارع الفضيلة رقم 3  
الحي الصناعي القامرة الرباط