

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique** **154992**  **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : ..... Société : .....

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

Nom & Prénom : .....

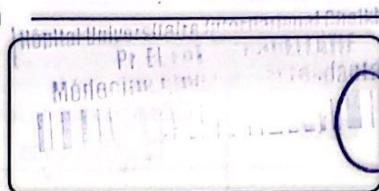
Date de naissance : .....

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 : NAJIA Abdesselem Age : 70 ans

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie : Psyc 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 **Nº 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 : .....

## RELEVE 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		O.H
				Medecin physiue et readaptation
				Assurance maladie
				Assurance maladie

## 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	
Dr. MOURADI Asseur: Kiné-therapie 13. Av. Al Fadil Tel.: 0537 79 33 12 / 060 00 33 45	Dr. 22/03/23	AMM	20	α 30	=	6000,00 Dh
	Dr. 31/05/23					Devis

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 30/12/2022

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

Monsieur Najih Abdesselam  
présente une perte de la marche  
du Parkinson.  
Nécessite 30 séances de rééducation  
avec les objectifs d'éviter la  
raideur articulaire, le travail  
de la coordination motrice segmentaire  
des membres inférieurs + travail  
corliens de marche



## EL MOURADI Abdellah

## ***Ex-Kinésithérapeute aux Hôpitaux de PARIS - COCHIN***

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



المرادى عبد الله

الاختصاصي في الترويض الطبيعي  
والعلاج الطبيعي للألم الروماتيزم  
والكسروالأعصاب

DEVIS N° 21/23

الرباط، في 20/03/2023  
Rabat le : 20/03/2023

Nom - Prénom: Hr. NajiB Abdesselam

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

TOTAL GÉNÉRAL T.T.C : ..... 6000,00 Dh

Arrêté le présent Devis à la somme de : 512 mille dinars

13, Avenue Al Fadila N° 3  
O.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  
المى الصناعى القامرة الرباط