

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale
Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
de la Faculté de Bordeaux
Stérilité et Fertilité du Couple
Colposcopie
Echographie Générale
Electrocardiogramme

الدكتورة أسماء برادة 160193

الطب العام
دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو
علاج عقم الزوجين
فحص عنق الرحم بالمنظار
الفحص بالصدى الصوتي
التخطيطات القلبية
الدار البيضاء في :

Casablanca, Le :

3, le 10/05/2023

Genetix pour son AK-11-
CHERRADI AARAF G. a. m

problème S. d'ob. l'œuf. + mœuf.
circulation J. son l'œuf. son

de drainage 5 semaines
manège des l'œuf. 5 semaines

Dr. Asmae BERRADA
159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Casablanca
Tél : 05 22 26 50 22 - 06 23 73 02 08
berrada.asmae65@gmail.com

🏠 159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Casablanca
Rendez-vous: 05 22 26 50 22 / Urgence: 06 23 73 02 08

LYMPHATIQUE

05 séances

150.00

750.00

750.00

1 500.00

TOTAL

DEVIS A LA SOMME DE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS.

CENTRE KINEZYTHAS S.A.R.L.
Angle Bd. Taitan et Rue 26 AN
Rég. Alioth 3 RD App. N° 2
Bourgogne 192-49 69 69
Tél / Fax : 05 22 26 50 22
berrada.asmae65@gmail.com
RC : 290853 - IF : 1446

**Kinézyhas**
kinésithérapie musculocirculatoire bien-être

Casablanca, le 10/05/2023

Devis N°014/2023

NOM : CHERRADI

PRENOM: AFAF

SEANCE DE : REEDUCATION ET DRAINAGE LYMPHATIQUE

NOMBRE: 5 SEANCES

A RAISON DE : 2 SEANCES PAR SEMAINE

NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	TOTAL
REEDUCATION	05 séances	150.00	750.00
DRAINAGE LYMPHATIQUE	05 séances	150.00	750.00
TOTAL			1 500.00

ARRETE LE PRESENT DEVIS A LA SOMME DE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS.

CENTRE KINEZYHAS S.A.R.L
Angle Bd. Tantan et Rue 25 AN
Règ. Alioth 3 RDC Appt. N° 2
Bourgogne Casablanca
Tél / Fax : 05 22 39 69 69
Email : centre.kinezyhas@gmail.com

Angle Bd Tantan, rue 25 AN, Bourgogne, Casablanca Maroc. Tél: 05 22 39 69 69 Patente : 35696399 - RC : 290853 - IF : 1446

CNSS : 9774911

ICE 001868418000086

INP:065036907

E-mail: centre.kinezyhas@gmail.com

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
10/05/2023	Cur	5	2500	INP : INPE 0910318
				Dr. Asmae BERRAGNE
				159, Bd. d'Hank Bourgogne
				Lahajma Appt. 24 - Casablanca
				Tél. 05 22 26 50 22

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 Pharmacien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/05/23		Non			750,00
	10/05/23		Drainage lymphatique			750,00
			Soit un total			1500,00
			mille cinq cents dirhams			

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Déclaration de Maladie

N° W21-765137 pour Accord

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8828 Société : RAR

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AF AF

Nom & Prénom : CHERRADI AFAF

Date de naissance : 12/01/1967

Adresse : 2 rue E. Khouari Résidence urbaine
Racine

Tél. : 0665 121227 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. ASMAE BERRADA
159, Bd El Hark Bourgoine
Lahjaïma Apt. 24 - Casablanca
Tél. 05 22 26 50 22

Date de consultation : 10/05/2023

Nom et prénom du malade : CHERRADI AFAF Age :

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

Nature de la maladie : maux de crâne + douleur

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pliconfidentiel 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° W21-765137

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 :