

**Dr. Asmae BERRADA**

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

Casablanca, Le : .....

**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 :



، le 10/05/2023

Séance n° 8 von am 11-  
 CHERRA di MAPAF c. - m.  
 r. bl. S. dol. lour. + mœur.  
 circul. s. seu. l'ent. fom  
 le - drainage des lour. s. seu.  
 - manag. des lour. s. seu  
 copie

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

Rendez-vous: 05 22 26 50 22 / Urgence: 06 23 73 02 08 - berrada.asmae65@gmail.com

LYMPHATIQUE

TOTAL

05 séances

150.00

750.00

750.00

1 500.00

DEVIS A LA SOMME DE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS.

CENTRE KINEZYHAS S.A.R.L  
 Angle Bd. Tahia et Rue 25 AN  
 Rés. Alioth 3 HDC App. N° 2  
 Bourgogne n° 12-39 69 69  
 Tél/Fax: 05 22 26 50 22  
 E-mail: asmae65@gmail.com  
 AG: 290853 - IF: 1446



**Kinezyhas**  
Kinésothérapie 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
<b>TOTAL</b>			<b>1 500.00</b>

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

CENTRE KINEZYHAS SARL  
Angle Bd. Tantan et Rue 25 AN  
Rés. Alioth 3 RDC Appt. N° 2  
Bourgogne 10000 Casablanca  
Tél: 05 22 39 69 69  
Email: centrekinezyhas@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

E-mail: centrekinezyhas@gmail.com

INP:065036907

### 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
10/05/2023	Cure	5	25000	INP : INPE 09105318
				Dr. Asmae BERRAOUI 159, Bd Hank Bourgogne Lahjajma 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
Centre KINZYIAS SARL Anfa Bd. Tariq Al-Mansour N° 2 Casablanca Tel. Fax : 05 22 26 69 69 Email : centreknyzias.sar@gmail.com	10/05/23	5000				250,00
	10/05/23					

### 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 Accès

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8828 Société : RAR

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHEFRAA

AAAF

Date de naissance :

17/01/1967

Adresse :

Q Rue E Khoumi résidence ussida

Tél. :

0665101227

Total des frais engagés

Dhs

M. Chabat

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ASMAE BERRADA  
159, Bd El Hank Bourgogne  
Laajima Appt. 24 - Casablanca  
Tel. 05 22 26 50 22

Date de consultation :

10/05/2023

Nom et prénom du malade :

CHEFRAA DI AAFAF

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie circulatoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif 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) :

AUTORISATION D'ACCÈS

### 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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).