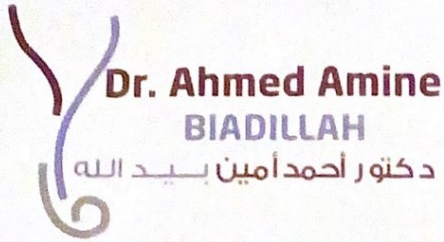


185987



Dr. Ahmed Amine

BIADILLAH

دكتور أحمد أمين بيد الله

Spécialiste en médecine du Sport
Échographie
Médecine manuelle et ostéopathie
Médecine et mésothérapie esthétique
Nutrition, nutrithérapie et nutraceutique

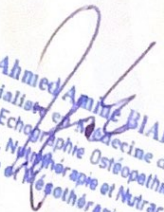
الطب الرياضي
الفحص بالصدى
الطب اليدوي والتقويم
المزوتيرابيا
علم التغذية والحمية

Casablanca, le 06/12/2023

M^{me} Houba FATMI

Faire ap 12 séances de kinésithérapie à raison de 03 séances/semaine
pour Syndrome fémoropatellaire gauche

- Antalgique et vasculaire. électrothérapie, US, soins thermiques
- MTD du tendon quadricepsital gauche et du tendon patellaire gauche 1 fois/semaine
- Renforcement statique du tendon patellaire gauche (type Stanish)
- Renforcement dynamique du quadriceps, ischiojambiers et fémoraux
- Traitement myotonif (visée: relâchement) du muscle piriforme droit


Dr. Ahmed Amine BIADILLAH
Spécialiste en Médecine du Sport
Échographie Ostéopathie
Nutrition, Nutrithérapie et Nutraceutique
Médecine et Mésothérapie Esthétique



Devis N° :301/23

- Prénom & Nom :Mme Houda Fatmi
- Diagnostic :Syndrome fémoro patellaire
- Médecin traitant :Dr Ahmed Amine
- Désignations des actes suivant nomenclature :20 AMM
- Nombre de séances :12
- Montant total des honoraires :2400 dhs
- Arrêter le présent devis à la somme de : Deux mille quatre cent dirhams

INPE:065037764

Casablanca le :07/12/2023

KINÉ VITAL PHYSIOTHERAPIE
Mr. Mohammed NASSIR
48, Rue Jbel Arouj, CIL, Casablanca
Tél : 05 22 944 964



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-827979

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9401 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARESNOUK AZIZ

Date de naissance : 18/05/1973

Adresse : N°1 RUE 3 LOT GUYNENER L'OASIS. CASABLANCA

Tél. : 0664001666 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ahmed Amine BIADILLAH
Spécialiste en Médecine du Sport
Echographie Ostéopathie
Nutrition, Nutrithérapie et Nutraceutique
Médecine et Mésothérapie Esthétique

Date de consultation : 06/12/2023

Nom et prénom du malade : FATMI Mouda Age : 47

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

Nature de la maladie : Syndrome fébrile paléarctique gauche

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 : CASABLANCA Le : 06/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-827979

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 : 9401

Nom de l'adhérent(e) : ARESNOUK

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
06/12/2023	CS	02	Costume	INF : 031171280

Dr. Ahmed Amine BIADII
Spécialiste en Médecine du
Echographie Ostéopathe
Nutrition, Méritérapie et Nutra-
médecine et Mésothérapie Esth.

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/12/23	20 AMM				2400

INÉ VITAL PHYSIOTHERAPIE
Mr. Mohammed NASSIR
Rue Abdel Aroui, Cil, Casablanca
Tél: 05 22 944 964

INPE: 065037764

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée l'acte pr

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CC MASTICATOIRE

D	H	B
185/3412	514388	
0000000	0000000	
0000000	0000000	
355/3411	1143355	

(Création, remont, adjoi
Fonctionnel, Thérapeutique, réparatoire)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS