

Déclaration de Maladie : N° S19-0001907

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

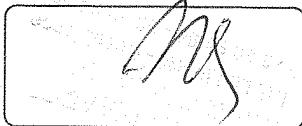
Matricule :	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		Date de naissance :
Adresse :		
Tél. :		Dhs

Total des frais engagés :

192695

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° S19- 0001907

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
25/12/2023	2	2	Gneth	My

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
		A M	P C	I M	I V	
25/12/2023 (10) Séances de Kinésithérapie						100
						Devise

VOLET ADHERENT

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

Dr MAAROUI SALAHEDDINE
RHUMATOLOGUE
Diplôme de la faculté de Médecine
De Marseille
124, BD de la liberté
Casablanca
Tel.: 022 30 91 54 / 0808530958

Casablanca Le 25 / 12 / 2023

Mr SAOUD JAMAL

- Cervicalgie chronique .
- Attitude scoliotique .

REEDUCATION

10 Séances de rééducation 3 fois par semaine

- Renforcement et assouplissement des muscles cervicaux et scapulaires .
- Réajustement proprioceptif .
- Apprendre à faire à domicile une autorééducation .

Dr MAAROUI SALAHEDDINE

Dr. Sarah Eddine MAAROUI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. la Liberté - Casablanca
Tel.: 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

*Cabinet Kinésithérapie
Abdelhalim HARTI
PHYSIOTHERAPEUTE - KINESITHERAPEUTE
Diplômé de l'Université des Sciences et Médecine de Tunis
Ancien kinésithérapeute au CH Ibn Rochd Casablanca*

DEVIS

Casablanca, le 25 01 2024

Nom et prénom : SAOUD JAMAL

Medecin Prescripteur : DR MAAROUFI

Nombres de scéances : 10

Prix de la séance : 200 Dh

Montant devis : 2000 Dh

