

## Déclaration de Maladie : N° S19- 0001907

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

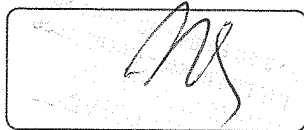
192695

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11696 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAOUD JAMAL Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 06 67 809600 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25 / 12 / 2023  
 Nom et prénom du malade : SAOUD JAMAL Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Rhumatisme  
 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 N° S19- 0001907

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).

# 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
25/12/2023		2	6,10	

## 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	
	25.12.24	(10)				Vari
						Deviz

## VOLET ADHERENT

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

Dr MAAROUFI 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 MAAROUFI SALAHEDDINE

Dr. Salah Eddine MAAROUFI  
RHUMATOLOGUE  
124, Bd. La Liberté - Casablanca  
Tél. : 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 séances : 10  
Prix de la séance : 200 Dh  
Montant devis : 2000 Dh

Abdelhalim HARTI  
Kinésithérapeute  
32, rue El Houd Houd, N°2  
Casablanca - GSM : 06 61 09 98 81