

# Déclaration de Maladie

W21-841831

Maladie       Dentaire

Optique **196943**  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : .....

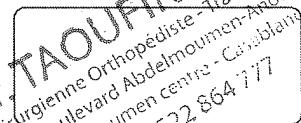
Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/08/2014

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : MCS avec Contracture du trapèze

Affection longue durée ou chronique :  ALD     ALC    Pathologie : .....

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

**W21-841831**

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
14/02/2014	Ge			<i>CTB</i>

*Dr. TAQUFI*  
*Chirurgienne Orthopédiste*  
*Myic Boulevard Al Mounen centre - Casablanca*  
*Tel : 0522 864 77*

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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	
	14/02/2014	15	Spences et kals	100		2500

**VOLET ADHERENT**

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

# Docteur Amine TAOUFIK

Chirurgien Orthopédiste Et Traumatologue

chirurgien De La Main Et Microchirurgie

Arthroscopie Et Chirurgie De Sport

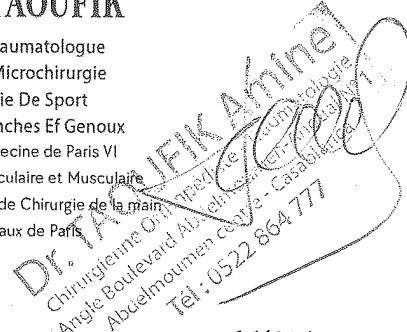
Chirurgie Des Prothèses Hanches Et Genoux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Ancien Résident à l'institut Français de Chirurgie de la main

Ancien interne des Hôpitaux de Paris



# الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد و جراحة الرياضيين

تقويض المفاصل

خريج كلية الطب بباريس

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le ..... 14/02/2024 ..... الدار البيضاء في

Mme AIT SAID AFAF

1) NCB avec contracture du trapèze.

2) Lombo sciatatalgie.

3/7

Faire 15 séances de rééducations :

IR +++, MTP +++, et US +++.

Massage antalgique Electrothérapie antalgique.

Eveil et Renforcement musculaire de la ceinture scapulaire, dorso lombaire avec gainage abdominal.

## THERMOTHERAPIE

زاوية شارع عبد المؤمن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المؤمن «مقهى المدينة» الطابق الأول رقم الشقة 108

Angle Bd,Abdelmoumen-Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre "Café le Médina"- 1er étage Appartement n°108

Tel.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 البريد الإلكتروني : aminetaoufikortho@hotmail.fr

✉: drtaoufikamine

INPE : 111133260 - Patente : 42105266 - CNSS : 6933031 - ICE : 002191083000089

CASABLANCA, LE : 21/02/2024

NOM DU DESTINATAIRE DU DEVIS : Mme AITSAID AFAF.

ICE : 002265878000067      IF : 42747877

Maxillo Facial

Vestibulaire

Drainage Lymphatique

Kinéplastie

Traumatologie

Orthopédie

Sportive

Rhumatologie

Neurologie

Réanimation

Cardio respiratoire

Périnéale

## DEVIS

Désignation	Nombre de Séances	Prix par Séance	Total en 1Dhs
Rééducation pour NCB avec contracture trapèze + Lombo sciatalgies.	15	150	2250

SIGNATURE ET CACHET :

05 22 86 10 49  
06 01 26 26 80  
06 53 77 66 85

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd. Abdelmoumen  
et Bd. Anoual, 1er étage,  
N°107, Casablanca

houdaqlaa@gmail.com

