



L'adresse de votre bien-être !

206132

Rééducation en  
Neurologie • Pédiatrie • Rhumatologie  
Traumatologie • Gériatrie • Uro-gynécologie  
Kinésithérapie Respiratoire

Drainage lymphatique  
Amincissement et suivi nutritionne  
Bien être et remise en forme

Casablanca, le : 16 / 05 / 2024

## DEVIS POUR ENTENTE PREALABLE

N° 35

Nom : Hme Fatima KHANTAR

10 séances de rééducation du drainage

lymphatique manuel des membres inférieurs

10 SEANCES X 250 = 2500 DH.

Devis arrêté à la somme de : 2500,00 DH

KINE CONCEPT  
Hasnaa BELANZOUL  
KINESITHERAPEUTE  
13 Rue Hassane, Hay El Hana,  
Casablanca

**الدكتورة حسناء الركادي**  
**Docteur Hasnaa RAGUADI**

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue

Diplômée de Paris Descartes

Diplôme universitaire en Phlébologie

Diplôme universitaire ultrasonographie vasculaire

Diplôme universitaire en compression médicale

اختصاصية في أمراض الشرايين والأوردة

فحص الأوعية الدموية بالصدفي الملون

علاج الدوالي بالتطليل و الحقن

Casablanca le, .....

**Le 15/05/2024**

**Mme FATNA MKHANTAR**

**DRAINAGE LYMPHATIQUE MANUEL DES MEMBRES**

**INFÉRIEURS**

**1 SÉANCE DEUX FOIS PAR SEMAINE**

**10 SÉANCES**

Dr. Hasnaa RAGUADI  
Angle 3d. Abdelmoumen et Allée Persée  
Imm. 295 5<sup>ème</sup> étage Bureau E35  
Casablanca

KINE CONCEPT  
Hasnaa BELANZOUL  
KINESITHERAPEUTE  
13 Rue Hassane Hay El Hana  
Casablanca

www.casablanca-varices.ma

زاوية شارع عبد المؤمن و ممر بيرسي عمارة 295، الطابق الخامس مكتب E35 الدار البيضاء  
Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée Persée, Imm 295, 5<sup>ème</sup> étage, Bureau E35 Casablanca  
Tél.: 05 22 86 46 68 Gsm: 06 68 19 37 06 E-mail: hasnaaragadi@hotmail.com

# Déclaration de Maladie

نمبر 727943

MUDRAS

# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

M23-004718

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1578

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Fatma M Rhantaz

Date de naissance :

01/01/1994

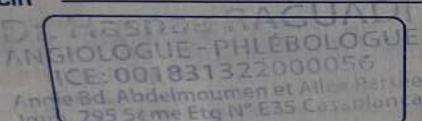
Adresse :

HAY EL HANAA RUE 30 N° 11

Tél. : 0651.50921 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/05/2024

Nom et prénom du malade : Fatma M Rhantaz Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance veineuse majeure

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 M23- 0004718

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 :

ب بانوراما، عمارة 13  
Kadiri, Sidi Maâar  
E: 091239665