

# Déclaration de Maladie

W21-840300

194101

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12547**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**EL FOULANI KABIL**

Date de naissance :

**09/02/1985**

Adresse :

**RES LES CHAMPS 04 Apt B12 ENNAJIM  
CASA BLANCA**

Tél. **06 61 16 69 37**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : **ENNAJIM Nour** Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Affection gynéco obgynique**

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 : **CASABLANCA**

Le : **08/02/2024**

Signature de l'adhérent(e) : 

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-840300

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 : **12547**

Nom de l'adhérent(e) : **EL FOULANI**

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 atteste que le Paiement des Actes
07/02/2024	contrôle		Aratun	Dr. LAYACHI Fatouzia Gynécologue Obstétricienne Boudella/Institut Nafii Maârif Tel: 05 22 86 17 17

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Signature	07/02/2024 Deus		10 AMMS			20000 Dhs

## VOLET ADHERENT

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

**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

*Gynécologie - Obstétrique*

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 13/01/2024

**Mme ENNASSER Meryem**

10 SCEANCES DE RENFORCEMENT DORSOLOMBAIRE



## Devis

Casablanca 07/02/2024

La somme deux mille dirhams. (2000,00dhs).

A raison de 10 séances de renforcement dorsolombaire.

Adressée à Mme ENNASSER Meryem.

Sur ordonnance Dr. LAYACHI TAHIRI Fouzia.

**CENTRE ANDALOUS DE REEDUCATION**  
Mme. Madiha FATHALLAH  
N°23, Rue 55 Bn LAMDOUNE Bd.  
Panoramique Ain Chok Casablanca  
Tél.: 05 22 52 83 74  
centreandalous@gmail.com  
ICE: 000422397008080  
INPE: 065038432