

Mle 1479
P-EE
EMIL
Ochaoui so @ gmail . com



Clinique Agdal
MEDICO-CHIRURGICALE



مصحة أگدال
للطب والجراحة

استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة والمختبر على مدار الساعة
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24 h/24, 1/17

Rabat, le 16/12/19

15994

Rééducation fonctionnelle

M. ISAHU RABAT

Faire SVP (20) vingt séances
de kiné pour PTG droite :

- physio
- mobilisation P/A
- Renforcement des Quad + IJ
- proprio

Dr. Saïd DEBBOUR
Chirurgien Traumatolo-Orthopédiste
N° 9, Imm. 79, Av. Ibn Sina
Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 00 07
Urgence : 06 61 25 00 15

6, Place Talha, Avenue Ibn Sina, Quartier de l'Agdal
10100, Rabat-MAROC

05 37 67 77 77 - 05 37 77 77 77 - 05 37 67 77 11/12 et 13

cliniquerabatagdal@gmail.com

www.clinique-agdal.com



AGADIR LE : 03/01/2020

DEVIS

Pour Mme : M'SAHLI RABIA

Forfait de 20 Séances de rééducation fonctionnelle : 3000,00 DHS

(Trois Mille Dirhams)

1AMM=150.00 DHS

NOBEL KINE
EL MESSAOUDI YOUSSEF
Cabinet de Kinésithérapie
Imm. Ifrane, Rue Med. Ikbâl
Amsemat AGADIR

Cabinet de Kinésithérapie

Adresse : Immeuble Ifrane ; 2ème Etage ; Appartement 23, Rue Mohamed Ikbâl / Amsemat AGADIR.

E-mail : nobel.kine@gmail.com • Tél fixe : 05 28 22 31 81 • ICE: 002024961000006

♦ ♦ Patente N° 55046610 ♦ Identification Fiscal N° 14430424 ♦ ♦



MUPRAS

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

Declaration de Maladie

N° W19-504503

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1479

Société :

R. A. M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

CITADINI DHAR

Date de naissance :

05-06-1950

Adresse :

BP 5558 QUARTIER INDUSTRIEL
ASADIA 80000

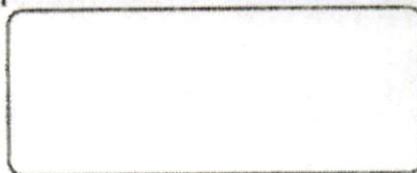
Tél. :

0666 92 03 61

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

M. SAHLI RABIA

Age :

67

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'attribution du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
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° W19-504503

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 :

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
				INP :

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 Partenaire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
NOBEL EEL MESSA Cabinet de Médecine Imm. Ifrane Amsterdam	03/01/2020		Dents			3000 DUG

VOLET ADHERENT

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