

Mc 1479  
records  
P.E.  
ochakovski50@gmail.com  
enril



Clinique Agdal  
MEDICO-CHIRURGICALE

مصحة أڭدال  
للطب والجراحة

استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة والمخبر على مدار الساعة  
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24 h/24, 7/7

Rabat, le 16/12/19

1599

Rééducation fonctionnelle

9me J'SATHI RABAT

Faîne SNE (20) victime second  
de fracture prox. PTG droite :

- physio
- mobilisation p/la
- renforcement des quad + f/la
- proprio

Dr. Said DEBBOUR  
Chirurgien Traumato-Orthopédiste  
N° 9, Imm. 79, Av. Ibn Sina  
Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 00 07  
Urgence : 06 61 25 00 45

6 ساحة طلحة، شارع ابن سينا، أڭدال - الرباط  
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**



---

Cabinet de Kinésithérapie

Adresse : Immeuble Ifrapé ; 2ème Etage ; Appartement 23, Rue Mohamed Ikbal ; Amsernat AGADIR.

E-mail : nobel.kine@gmail.com \* Tél fixe : 05 28 22 31 82 \* NICE: 002024961000006

\* \* Patente N° 55046610 \* Identification Fiscal N° 14430424 \* \*

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1479 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CITAOURI DR MAR

Date de naissance :

05.06.1950

Adresse :

BP 5558 QURTÎA INDUSTRIEL  
ASADIA 80000

Tél. :

06 66 92 03 6) Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

1 M'SAHLI RABIA

Age: 67

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Enfan

Lien de parenté :

Lui-même

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 piconfidentiel à l'at<sup>o</sup> 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 : 1 1

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 :

### 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
				INP : <input type="text"/>

### 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	
<i>NOBEL MEDICAL CENTER Cabinet Dr. MESSAOUI Im. Ifrane Amserham GADIR</i>	03/01/2020			<i>Devis</i>		<i>3000</i> <i>DH</i>

### VOLET ADHERENT

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