

**SALOUA BERRADA**  
KINESITHERAPEUTE

Res. El Baida Imm J' N° 23 2<sup>eme</sup> étage Rue Abou Hassan Essaghir  
Bd Yacoub El Mansour Casablanca  
Tél : 05 22 99 60 21

**97201**

Casablanca le. 22.1.12. / 2021.....

Devis

Mme BASSY .. Naima ..... nécessite 10 séances de rééducation pour genou fléchi gauche ..... , sur indication du docteur Bontagne EL ARIFI ..... , et ceci a raison de 150 DHS la séance.

Total : 10 X 150 = 1500,00  
Soit : 10 X AMM9

Arrêté le présent devis à la somme de : mille cinq cent dinars

*[Signature]*  
BABA Galout  
Kinesitherapeute  
El Baida Imm J'  
N° 23 2<sup>eme</sup> étage Rue Abou Hassan Essaghir  
Bd Yacoub El Mansour Casablanca  
Tél : 05 22 99 60 21



*Cabinet de Rhumatologie  
Dr Boutayna EL AZIFI*

Casablanca, le: 17/12/2021

Patient:Mme BASSY Naima

**Gonalgie gauche sur gonarthrose femoro-tibiale interne**

- Physiothérapie antalgique (ultrasons, électrothérapie)
- Renforcement des quadriceps et des ischio-jambiers
- Mobilité articulaire

10 séances (deux fois par semaine)

الدكتورة بثينة العزيزية  
Dr Boutayna EL AZIFI  
Docteur BOUTAYNA EL AZIFI  
RHUMATOLOGUE  
Casablanca  
Sidi Maârouf  
Tél: 0522 58 16 96 0502 42 3 42

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

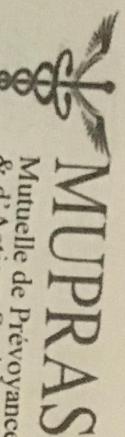
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

**VOLET ADHERENT**

*Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous*



## Déclaration de Maladie

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

N° W21-673691

### Maladie

#### Dentaire

#### Optique

#### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : **5280**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BASSY NAINA VUE LEMTH**

Date de naissance : **02/07/1960**

Adresse : **121, rue Adasina - Sidi Maârouf, MASA**

Tél. : **0630 724 732**

Total des frais engagés : **122**

Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. BOUTAYNA EL AGLIE**

Cachet du médecin : **Docteur BOUTAYNA EL AGLIE  
RHUMATOLOGISTE CASABLANCA  
SIDI MAAROUF CASABLANCA  
12/08/19**

Date de consultation : **17/07/2021**

Nom et prénom du malade : **BASSY NAINA**

Age : **61 ans**

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Conjonction**

Conjonction

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **à Dr. BOUTAYNA EL AGLIE**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements personnels portés sur la présente déclaration. Je déclare que je n'ai pas porté de déclaration 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 : **QAS**

Signature de l'adhérent(e) : **Le : 17/07/2021**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-673691

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 : **5280**

Nom de l'adhérent(e) : **BASSY NAINA**

Total des frais engagés :

Date de dépôt :