

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

138086

## DEVIS

Date 18/10/2022  
N° : 221018114036BE

Nom patient : CHERIFI TAYEB

Prise en charge : PAYANTS

Traitements REEDUCATION  
REEDUCATION NEUROLOGIQUE

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Reeducation neurologique	10	K	150,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00

Arrêté le présent devis à la somme de :  
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total devis

1 500,00

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Soins de Santé et Rééducation  
090063728



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Soins de Suite et Rééducation  
090063728



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

18/10/22

# ORDONNANCE

Bouskoura, le :

H. Cheri Fi Tayeb

Lombalgie L5 gauche

⇒ 10 séances de rééducation fonctionnelle  
1 x 2/5

Massage de lombaire

- Physio thérapie : US TENS - IR

- Assouplissement des muscles latéraux

- Renforcement musculaire de l'abdomen

- Exercices de IT - TS

- Rééducation = 1/2

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant ASLY Mouna  
Médecine Physique  
091196387

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 40127291 CNSS : 9779309

Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 www.hm6.ma



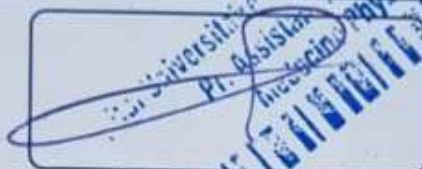
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1267 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHERIF AYED  
Date de naissance : 01. 01. 1950  
Adresse :  
Tél : 0661250185 Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2022  
Nom et prénom du malade : M. Cherif Ayed Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Lumbago  
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 : Casa Le : 18 / 10 / 2022  
Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° M20-06952

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 : 1267  
Nom de l'adhérent(e) : CHERIF  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :