

DEVIS

146055

Casablanca le : 20/01/2023.

Concernant : M. Sembali Ilham

Rèèduca&Fit vous remercie pour votre confiance et vous prie de trouver ci-dessous le détail du devis pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

..... 20 séances de rééducation.

Séances de rééducation AMM .. 2 x 5 ..

Total à payer : 20 x 200 = 4000 Mds

Arrêtée le présent devis à la somme de : quatre mille Mds

REEDUCA&FIT Sarl.Au
Rue Georges Sand, Immeuble 3
n° 4 1er Etage - Casablanca
Tél: 06-74-39-86-22

Adresse : 3 Rue Georges Sand, étage 1 N° 4, Val Fleuri - Casablanca Maroc
Tel : 0674398622 Email : reeducaetfit@gmail.com
Rc : 459795 Patente : 34796062 ICE : 002319241000007 IF : 37682028

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

REEDUCAPIT SARL
Rue George Sand Imh 3
n°4 1er Etage - Casablanca
Tél: 06-74-39-86-22

VOLET ADHERENT

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

Dr. Youssef ESSAFI

Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste

الدكتور يوسف الصافي
جراح العظام والمفاصل

04/01/2023



جراح العظام والمفاصل - جراحة العمود الفقري - جراحة المفاصل بالمنظار

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIQUE - CHIRURGIE DU RACHIS - ARTHROSCOPIE

+17 Samir Ilyes
ORDONNANCE

Rééducation

Melanie de Scheuermann

Dors

CAH : Etirement

— physio

— Massothérapie

— Nbr = 4

304, AV. BRAHIM ROUDANI, RÉSIDENCE ECHIFAE, 2^{ME} ÉTAGE, CASABLANCA, MAROC

T. +212 (0) 522 25 68 18 M. +212 (0) 668 03 62 22 E.: essafiyoussef@gmail.com



Déclaration de Maladie

M22- 0023128

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12412

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Leila

Nom & Prénom : Di BAO

Date de naissance :

Adresse : NSR

Tél. : 0661 078530

Total des frais engagés :

DEVIS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0023128

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 :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).