

Fassi Fihri Mehdi

KINESITHERAPEUTE  
DIPLOMÉ DES HOPITAUX DE BORDEAUX  
KINESITHERAPIE - PHYSIOTHERAPIE  
REEDUCATION RESPIRATOIRE  
THERAPIE MANUELLE  
164, BOULEVARD D'ANFA - CASABLANCA  
(Pharmacie des iris)  
Tél. : 0522 362 009

148945

Casablanca, le 06/02/23

## Demande d'accord

Pour une série de ..... 20 séances de 1 mn,

Kinesithérapie

au Prix de ..... 4.000,00

Adresse ..... M<sup>e</sup> BELKAÏD NABIL

Durant la période du ..... 06/02/23 au ..... accord 20

Sur Ordonnance du Docteur ..... LEM SIFFER

Avec mes Remerciements,  
Fassi Fihri Mehdi.





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 02.02.23

MR BEKKALI NABIL

- Do 3 de Resevoir à  
au Dr p 651 M.F.  
Opér : → Phalange +  
refr. Mollet - Kelly  
+ latte che le Reich.  
- 3 = 6 m / sec

Dr. Mohamed LEMSEFFER  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerkouni (F) Casablanca  
Angle Bd. 9 Avril et Med. Abdou

# Déclaration de Maladie

N° W21-707090

DDE ACCORD

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5713

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEKKAKI NABIL

Date de naissance : 08.12.84

Adresse :

Tél. : 0684000751 Total des frais engagés : ..... 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 : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie

N° W21-707090

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

KINESITHERAPEUTE  
164, Bd. d'Anfa - Casablanca  
Tél: 0522 36 20 09  
INPE: 065035370

## **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"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

JNP : .....

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ASSI - FIRK KINESITHERAPEUTE 1 Boul. Sidi - Casablanca Tél: 0522 36 20 09	06/04/03		20	Aam S		4000,00

#### VIOLET ADHERENT

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