

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,
Kinésithérapie

au Prix de 4 000,00

Adresse M^l BELICHALI NABIL

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

Sur Ordonnance du Docteur LEMSIFFER

Avec mes Remerciements,

Fassi Fihri Mehdi.

FASSI - Fihri Mehdi
KINESITHERAPEUTE
164, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél: 0522 36 20 09



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 on de l'acupuncture
on de p h t m t
opéré : - pharynx + vst +
neuf autres - velle
+ latte chi la Raide.
- 3 é 6 m / 2 m

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



MUPRAS

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

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 : BEKKALI NABIL

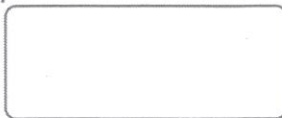
Date de naissance : 09.12.84

Adresse :

Tél. : 0664000751 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 pliconfidentiel 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) :

PASSI - FIKRI MABDI
KINESITHERAPEUTE
164, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél: 0522 36 20 09

INPE. 065035370

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 :

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
				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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	06/04/23		20	Am		14000,0

VOLET ADHERENT

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