

IBAC: Centre Aliou Dou Abdoullah - Centre Fongo Anala Dou Mahamad Faly et Dou Aliou Dou Abdoullah - Quartier de Hila



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

Nº W19-494862

156011

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société : \_\_\_\_\_

☐ Actif      ☐ Pensionné(e)      ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Famelle SATD

Date de naissance : 04/05/1952

Adresse : B. rue du ch

Tél. 06 73 19 08 75 Total des frais engagés : 7034 D

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2023

Nom et prénom du malade : Ayouaou Felina Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète de type II

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'att  
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... M ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET 4

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Actes
03/01/2013 17/01/2013		250,00	INP : [Signature]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17.01.23

453,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du radio et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

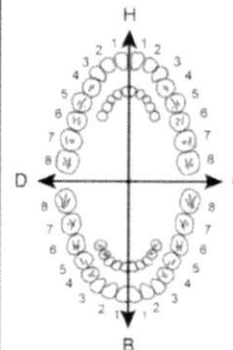
VOLET ADHERENT

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

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Soins



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

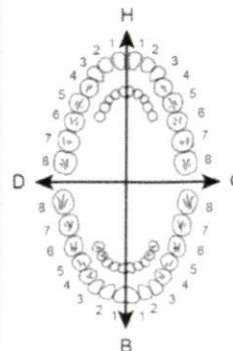
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sabine CHTIOUI

Ornopraticienne

Diplôme universitaire d'échographie générale  
Electrocardiogramme (ECG)  
Diplôme universitaire en nutrition et diététique  
Diplôme universitaire en diabétologie  
Mésothérapie - Acupuncture, Auriculothérapie  
Diplôme en Hypnose Médical et Homéopathie  
Université de Médecine Paris XIII



الدكتورة صبرين الشتيوي

خريجة كلية الطب

دبلوم جامعي في علاج داء السكري  
دبلوم جامعي في التغذية والحمية الصحية  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الميزوثيرابي - الوخز بالإبر الصينية  
دبلوم في التنويم المغناطيسي و الهيميوپاثي  
كلية الطب باريس XIII

Casablanca, le :

17/01/2023

Ajouaa

Johnna :

54,30 x 2

- dolipron 30-s

18 le Nohim à jeun ptt 20ss

12,90 x 2

- Ipradix LB 500-s

18 le Nid ptt 20ss

190,00

- Imeso 40-s

43,00 x 3 18/1 ptt 20ss

- Anglon 5-s

453,40

18/1 ptt 30ss

12,90

12,90

قلم  
KIT: M0704  
PER: 02/2024  
PPV: 190,00 DH

54,30

PPV: 43DH00  
PER: 02/24  
LOT: L3093

54,30

PPV: 43DH00  
PER: 09/24  
LOT: L3094

PPV: 43DH00  
PER: 09/24  
LOT: L3094