

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
14/12 2021	C		G-	INF : 1011189525 Dr. Nawal IDRISSI KHANLI Pédopsychiatre 6, Rue Sidi Belkacem R.D. Tél: 022 364 81 10

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	
	13.01.2022	30	20	00	00	3000,30 = 3000,00

VOLET ADHERENT

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

102356

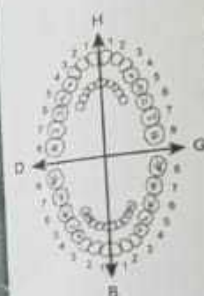
RELEVÉ

Le praticien est prié de préciser la date

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas

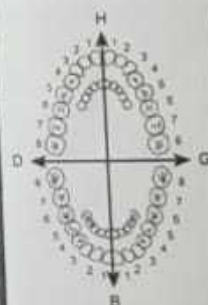
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DET



VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT

Déclaration de Maladie

N° W21-679972

102356

Maladie
Cadre
Matricule
Actif
Nom & Prénom
Date de naissance
Adresse
Tél

BOUZZIRI Radia
Psychomotricienne
Diplômée de l'université
International de Casablanca
Tél : 0661182981

[Signature]

راضية البوزيري
أخصائية نفسانية سريرية
حريصة جامعة
الدولية بالدار البيضاء
الهاتف: 0661182981

Casablanca le 13.01.2011 في الدار البيضاء

DEVIS N° 22

Nom et Prénom	Type de séance	Nombre de séance	Prix
MDAGHRI FILALI Lara	Rééducation psychomotrice	30	30 x 300 = 9000,00

Radia BOUZZIRI
Psychomotricienne
Tél : 0661182981

Casablanca/ICE : 002332307000014-IF : 37686638-TP : 35701630
radia.bouzziri@gmail.com tel : 0661182981



Déclaration de Maladie

N° W21-679972

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : _____ Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

دكتورة نوال إدريس
طبيبة و معالجة نفسانية للأ
رضع - أطفال - مراهقين
* خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
* طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي
* طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات واد

14/12/2021

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2021

Nom et prénom du malade : MDAGARI FILALI LARA Age: _____

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

Nature de la maladie : Retard Global du développement

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 N° W21-679972

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 : _____

Casab
Mail : nawaikhawlihi@gmail.com