

102356

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/12/2021	C	G-		INP : 102356 Dr. Nawal IDRISI KHAMILI 5, Rue Sidi Brahim RACHIDI BP 1000, 1000 Tanger Tel. 0522 204 217-0522 217 0000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

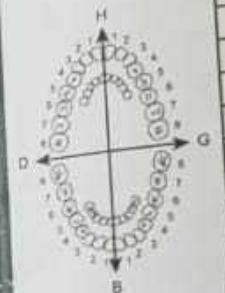
AUXILIAIRES MEDICAUX

30 Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	13.12.2021	30	seances (Voir devis)			3000,30- + 9000,00-

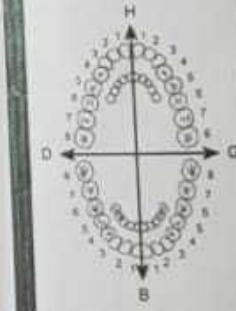
VOLET ADHERENT

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

RELEVE
Le praticien est prié de préciser la date
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de
SOINS DENTAIRES Dentaires traitées



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT



Déclaration de Maladie

N° W21-679972

102356

Maladie _____
Cadre n° _____
Matricule _____
 Actif _____
Nom & Prénom _____
Date de naissance _____
Adresse _____
Tél. _____
CIN _____
Cachet du _____
Date de _____
Nom et _____
Lien de _____
Nature _____
En cas _____
Dans le _____
Fait _____
Signé _____

BOUZZIRI Radia

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



راضية البوزيري

الاحسانية لدراسات مراكش
جامعة
المولوية بالدار البيضاء
الهاتف : 0661182981

Casablanca le .13. 01. 2012 . الدار البيضاء

DEVIS N° 22

Nom et Prénom	Type de séance	Nombre de séance	Prix
MDAGHRI FILALI Lara	Rééducation psychomotrice	30	30×300 = $9000,00 \text{ } \text{DH}$

Radia BOUZZIRI
Psychomotricienne
Tél : 06 61 18 29 6

Casablanca/ICE :00233230700014-IF :3768663B-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

Cadre réservé au Médecin

Dr. NAWAL DRIDI KHAMLICHI
Pédiopsychiatre
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3
Gauthier - Casablanca
IN-E-09 89589
Tél: 0527 734545 / 0529 04 26

Date de consultation : 14/12/2021

Nom et prénom du malade : M. AYMI FILALI LARZ, 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 piconfidentiel 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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

hawaikhamlichi@gmail.com

دكتورة نوال إدريس

طبيبة و معاشرة نفسانية للأ

ربيع - أشنفل - مراكش

طبيبة كلية الطب بدار البيضاء

طبيبة ساقية المستشفى الماموني

طبيبة داخلية ساقية المستشفيات

14/12/2021