

# Kiné Relax

Halima HILALI

Kinésithérapeute-Ostéopathe

GH 17 Imm. 4 - N1 - Résidence Al Badr  
Sidi Bernoussi-Casablanca  
Tél : 05 22 73 73 62 - 06 40 83 07 07  
Email : kinerelax7@gmail.com  
ICE : 002385883000023

## Devis de traitement

157394

Casablanca, le: 14/04/2023

Patient (e) : BADRECLAMA siche

Rééducation de : NPs

Cotation : AHM

Nombre de séances : 12 séances

Prix unitaire : 200 DH

Montant Total : 2400 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille quatre cents DH

~~KINÉ RELAX SARL AU  
11 Rés. Al Badr R/C  
B.P.T. 10H 17  
ABLANCA~~

## وصفة طيبة

## **Ordonnance**

Casablanca, le :

4154 D27

195 Bookbeers 100%

retracte que no se ha

in Dispersie <sup>Höpfer</sup> also NCB +

Tendes poster de la cor

and fair to Scott

## Physical therapy

4. Refractory materials

Mr. and Mrs. Brown

\* Rebgan, Jayne

Koileys. & 8' Spur  
& peperu Coter

**Adresse :** Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82  
125 / 20138 / (50e)  
Tel : +212 529 004 406 • Fax : +212 529 038



## Déclaration de Maladie

N° W21-795501

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0258	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ADIL YOUSSEF			
Date de naissance : 06/08/1966			
Adresse :			
Tél. : +212 33 666669 Total des frais engagés Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07/04/2023	BADRE CANA AICHA		
Nom et prénom du malade			Age:
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : polyarthrite			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif 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 : Casablanca Le : 11/04/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-795501

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 : .....