

*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 Aicha

Rééducation de : NCB

Cotation : AMM

Nombre de séances : 12 séances

Prix unitaire : 200 DH

Montant Total : 2400 DH

Arrêtée la présente facture a la somme de :

Deux mille quatre cents Dirhams

~~KINÉ RELAX SARL AU  
11 Rés. Al Badr R/C  
Dpt. 1 GH 17  
CASABLANCA~~



وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

14/04/2017

M. Boukhaloua Aicha

malade qui présente  
un dysfonctionnement du cœur  
et des valves de la cage

et qui souffre de

\* physiologie

\* Re font le se bas  
mouvement pour

\* Re font de la  
Bouche de la bouche  
et pour le

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

Tél : +212 529 004 406 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

125 / 2013 / 1000





## Déclaration de Maladie

N° W21-795501

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 3258 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : ADIL YOUSSEF

Date de naissance : 06/02/1966

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : +220 33 66 66 69 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2023

Nom et prénom du malade : BADRECAN AICHA Age : \_\_\_\_\_

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

Nature de la maladie : pyélonéphrite

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 : Casa 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 : \_\_\_\_\_