

Mes 539

ACE

14/5/23

Cabinet de kinésitherapie HASNA KASMI

Hay Salam, lot Rida N28

cabinetkasmi@gmail.com

DEVIS

appt N2 rdc casablanca

Tél. : 05 22 65 80 18

N° de DEVIS :

2123

Date de devis: 09/01/23

La somme de # 2000 DH

Pour une série de : 10 \$ séances de 200

10 x 200 = 2000 DH

Pour une série de : Reéducation physique séances

Adressé à Hakima Benabdjalil

Sur ordonnance du Docteur omar Metamich



Hay Salam, Lot. Rida N 0 28  
appt. N 0 2 rdc

Haj Fateh - El oulfa -  
Casablanca  
Tél: 0522 65 80 18

ICE:002084819000  
055  
N:CNSS:5945748

TOTAL: 2000 DH

Cabinet  
Hasni  
Kinésithérapeute et Physiothérapeute  
Lot. Rida N 0 28 - appt. N 2  
Haj Fateh - El oulfa  
Casablanca - Tel: 0522 65 80 18

Dr. MOUTAMID Omar



الدكتور معتمد عمر

- Medecine générale
- Echographie
- Medecin agréé par le ministère de la Santé
- Visite Médicale
- Permis de conduite

- الطب العام
- الفحص بالصدى
- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
- فحص طبي
- رخصة السيارة

Ordonnance

Dr. MOUTAMID Omar  
Médecin Généraliste  
Médecin Echographie  
Al Firdaous Groupe B1 Imm 11  
Appt 1 El Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 41 31

05 JAN 2023

البيضاء

Benabdelljalil  
Acetimra

Algiers Oued Bouzefra  
gazelle.

to see the  
reception of

Résidences Al Firdaousse  
Groupe B1 Imm.11 Appt 1  
El Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 41 31

Dr. MOUTAMID Omar  
Médecin Généraliste  
Médecin Echographie  
Al Firdaous Groupe B1 Imm 11  
Appt 1 El Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 41 31

إقامة الصدوس بجموعه 11 الشقة رقم 1 الالفة  
الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 93 41 31

W17-109608

N<sup>le</sup> 539 DENTAIKI

BENIKARI CANTER

EPONSO

BENIBA DECITAL HAKINA

ENTENTE PRACTICABLE

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	<b>Mle</b>
DECLARATION N°		W17-109608	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W17-109608

**DATE DE DEPOT**

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme		
Nom & Prénom .....				
Fonction : .....	Phones .....			
Mail .....				
MEDECIN	Prénom du patient .....			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	
Nature de la maladie .....			Date 1ère visite .....	
<p><i>Algerie - Casablanca</i></p> <p><i>Al. MOUTAHAB</i>  <i>docteur Généraliste</i>  <i>radiographie</i>  <i>Groupe B1 Imm 11</i>  <i>El Oulfa</i>  <i>90h horaires</i>  <i>Al Firdaus</i>  <i>APPL 1</i>  <i>Tel: 05 22 51 500h</i>  <i>51500h</i></p>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
2.	1	Al Firdaus APPL 1 Tel: 05 22 51 500h 51500h		
PHARMACIE	Date .....			
Montant de la facture .....				
ANALYSES - RADIographies		Date : .....		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date : 09/01/23
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
2000	X	105	=	2000 D11