



157636
مركز الترويض الطبي
Centre de Kiné Dar Bouazza

Casablanca, le 14/04/2023

Devis pour Mme AZIZ MARYA

30 séances de rééducation cervicale

Prix unitaire : 200dhs

Prix total : 6000dhs

Signature et cachet :

~~CENTRE DE KINE
DAR BOUAZZA~~
28, Littoral II, Dar Bouazza
Appt N°1 - Casablanca

28, Lotissement Littoral, Appt. N°1 - Dar Bouazza - Casablanca
Patente : 32967631 - RC : 324019 - IF : 15244912 - ICE : 001660215000029
Tél. : 05 22 29 07 83 - GSM : 06 61 24 60 69 - E-mail : kine1bouazza@gmail.com

Dr. YOUSSEF BOUZOUBAA

Neurochirurgien (Adulte - Enfant)

Spécialiste des Maladies du Système Nerveux
et de la Colonne Vertébrale
Neurochirurgie à Clinique Anoual : STEREOTAXIE
Electroencéphalographie

Ex. Enseignant du C.H.U. Averroès
Expert Assermenté près des Tribunaux

18, Rue Abou Maachar quartier des Hôpitaux
(à côté de Radiologue Anoual) - Casablanca

Sur Rendez-vous



05 22 86 28 22
05 22 86 19 38

الدكتور يوسف بووزباع

جراح اعصاب في عيادة أنوال

الساج و الأعصاب والعمور المخري

الجراحي للأطفال

الجراحي للأورام المخري

جراح بالمنظار الجراحي ابن رشيق

جراح العصب لدى العالم

18- رقم آخر من العيادات - العاد اليهاد

بالموعد

Casablanca, le 07 FEV. 2023

M^{me} Aziz Manya

30 séances de rééducation

renforcement de la musculature
cervico-scapulaire



Dr. Y. BOUZOUBAA
Neurochirurgien - Expert Assermenté
18, Rue Abou Maachar - Anoual
Casablanca
Tél: 05 22 86 28 22

En cas d'urgence contacter Clinique ANOUAL - Tél.: 0522 86 02 07 / 08 / 09 / 10 - Fax : 0522 86 19 38

14, Rue Zakieddine Attaoussi (derrière Lycée Charles de Foucauld) à côté du Bd. Anoual (Ex Félix Faure) - Casablanca

E-mail : anoual-bouz@hotmail.com - Site Web : www.clinique-anoual.com

Patente: 36300236 - I.F.: 41708431 - N° C.N.S.S.: 1268748 - I.C.E.: 001612175000025

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
01 Fevr 2023	S		60	INP : 041039 Dr. Y. DOUZOUBAA Nutrochimie - Expert Diététiste 18, Rue Abou Maachar - Casablanca Tél. 0522 86 28 22

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

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE DE KIAUXILIAIRES MEDICAUX DAR BOUAZZA 28, Littoral II, Dar Bouazza Appt N° 1 - Casablanca		30	1	200	= 6000 Dhs	

VOLET ADHERENT

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



Déclaration de Maladie

N° W21-763699

505 1497 50

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>12 327</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>HDAGHRI FILALI MOUINIR</u>			
Date de naissance : <u>02/09/1985</u>			
Adresse : <u>137, Les villas Des prés DAR Bouazzza Casablanca</u>			
Tél. : <u>06 61 08 7775</u>	Total des frais engagés :	<u>6000</u>	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<p>Dr. Y. BOUZOUBAA Neurochirurgien - Expert Aspergillomé 18, Rue Abou Maachar - Anoual Casablanca Tel: 05 22 86 28 22</p>		
Date de consultation :	<u>07 Fevr 2023</u>	Age :	
Nom et prénom du malade :	<u>MARYA</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>AFFection neurologique</u>		
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 : Casablanca Le : 16/04/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-763699
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 :	