

# CLINIQUE RIF

Clinique Multidisciplinaire



# مصحة الريف

مصحة متعددة التخصصات

**Chirurgie**  
Viscérale - Urologie  
Gynécologie  
Traumatologie  
Neurochirurgie  
Chirurgie Plastique  
Chirurgie Pédiatrique  
Ophtalmologiste - ORL

**Médecine**  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Rhumatologie  
Dermatologie  
Gastrologie  
Pneumologie  
Pédiatrie Générale

**Urgences**

164236

• الجراحة  
الجراحة العامة - الكلى والمسالك البولية  
النساء والولادة - العظام - المخ والعمود الفقري  
جراحة العين - الرأس والأنف والحنجرة  
جراحة التجميل

• الطب  
الطب الباطني - القلب والشرابيين - الفقد والسكري  
طب الأطفال - أمراض الروماتيزم  
أمراض الجهاز التنفسي - أمراض الجهاز العصبي  
المستعجلات

Devis N° 00061

NOM : MOHO MOHAMMED

DATE : 06/06/2023

ORGANISME :

NATURE DE PRSTATION	UNITE	P.U	MONTANT
Séjour	1	600.00	600.00
ACTE CHIRURGICAL	K20	30.00	600.00
ANESTHESIE	K20/2	30.00	300.00
BLOC OPERATOIRE	K20	25.00	500.00
PHARMACIE	K20	15.00	300.00
TOTAL	-----	-----	2300.00

Arrêtée le présent devis à la somme de : deux mille trois cent dhs

مصحة الريف  
CLINIQUE RIF  
INPE 010064608  
13 Avenue Moulay Rachid - Tanger  
Tel +212 (0) 539-34-01-49

En cas d'urgence contacter : 05 39 34 01 49 : في حالة الطوارئ يرجى الاتصال

13, Avenue Moulay Rachid - Tanger Tél : 05 39 34 01 49 E-mail : cliniqueriftanger@gmail.com 13، شارع مولاي رشيد - طنجة

Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakhir 6ème Etage, Casablanca  
Tel: 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax: 0522-22-78-18 - Site web: [www.mupras.com](http://www.mupras.com) - Email: [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)





## Déclaration de Maladie

N° M21- 064299

Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3651 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Naho Mohammed

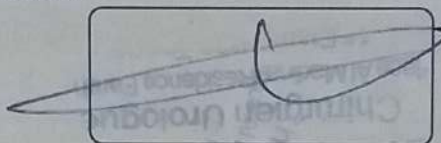
Date de naissance : 03-03-1958

Adresse : HAY SALAM Avn Imam Boukhari Psg 6  
N°6 Mdq Maroc

Tél. : 0639823722 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2023

Nom et prénom du malade : Mchah Mohamed Age : 68

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

Nature de la maladie : lipome

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-64299

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 :