

164723



**CENTRE
DE KINESITHERAPIE
BOUABID**

Casablanca, le...08/05/2023

Devis N° 09/20/23

Mr/md : ESSAKHI Brahim

N° des séances 20

Devis arrêté à la somme de : Trois mille six cents (3600 DH TTC)

A raison de :

Signature :

Hay Mly Abdellah bd el Khalil n°366 _Ain chock, Casablanca
Patente N°34006410 ICE 003058829000036 IF 52455216

Centre de Kinésithérapie
BOUABID
Hay Mly Abdellah Bd el Kh. III
N°366 - Casablanca
Tél : 06 62 85 49 09 Lamyaa

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

29/06/2022

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Agrège ALIDRISSI Najib
Orthopédie - Traumatologie
071153902

Sakhi brahni

Fracture de la malléole externe
traitée orthopédiquement de
cheville gauche. Suivi fonctionnel
Rééducation

20 séances

Centre de Kinésithérapie
BOUABID
Hay Mou Abdellah B'd el Khalil
N°366 - Casablanca
Tél : 06 62 85 49 09 Lamya

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Agrège ALIDRISSI Najib
Orthopédie - Traumatologie
071153902

**MUPRAS**Ministère de l'Éducation
et de l'Enseignement Supérieur
du Bénin**Déclaration de Maladie**

N° P19- 066733

☒ **Maladie**☐ **Chirurgie**☐ **Ophtalmologie**☐ **Autre**

Centre médical à l'adresse(s) :

Matière :

Date :

Lieu :

RAM

☐ Adulte☒ Préadolescent☐ Enfant

Nom & Prénoms :

KASSACI BEAUMONTE

Date de naissance :

01.01.1953

Adresse :

AGADAMOUNTI, Rue 01, N° 15

S. L. M. L. A

CASA

N°

06673336

Date

Centre médical ou Médic

Date de consultation :



Date de consultation :

21/05/2023

Nom et prénom du malade :

KASSACI BEAUMONTE

Lieu de parental :

☒ L'Enfant☐ Cadavre☐ D'autre

Nature de la maladie :

Mauvaise chute

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où le malade aurait eu des antécédents médicaux, communiquer les renseignements aux et confier à l'attention du médecin chargé de la maladie.

J'affirme sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare sous peine de sanction de la classe relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Coton

le 21/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-066733

Exemplaire de cette déclaration à conserver le et conserver le
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure

Matière :

Nom de l'adhérent(e) :

Lieu de l'adhérent(e) :

Date de dépôt :

Couper à conserver par l'adhérent(e)

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29.05.23	C.S.		300,00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre de Kinésithérapie BOUABID Hay Mly Abdelilah Bd el khalil N° 366 - Casablanca Tél : 06 62 85 49 09 Larmyaa	02/05/23		180DK	par	seance	3500DK
					20 seances	
					Kinésithérapie	

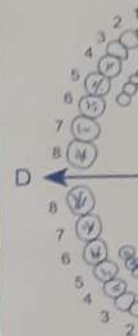
VOLET ADHERENT

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

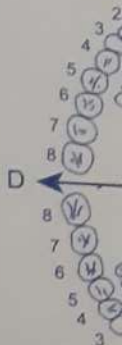
Le praticien

Important
Veuillez joindre

SOINS D



PROTHES



VISA ET C