

Rachida Bakrim 165345

رشيدة بكاريم

Kinésithérapeute-Physiothérapeute

اختصاصية في الترويض الطبي  
و العلاج الفيزيائي

Agadir, le

09/06/23

اكادير في .:

Devis

M<sup>me</sup> Bouthen Maria

10 Sances Physiothérapie antalgique  
rééducation névralgie Cervico lombaire.

renforcement musculaire

ajouter le présent devis à la somme de  
1200,00 mille deux cent dix

( 3 f./semaine )

( 120,00 / 8u )

Sur rendez-vous



41, Rue Yakoub El Mansour, 1ere étage Talborjt Agadir - te : 05.28.84.75.29

41, زنقة يعقوب المنصور - الطابق الأول تالبرجت اكادير الهاتف 05.28.84.75.29

## Dr. Fouad Ait Essi

Professeur agrégé de  
Traumatologie - Orthopédie

- Ex enseignant à la faculté de médecine de Marrakech
- Chirurgie prothétique des membres
- Chirurgie arthroscopique ( Université Paris VII )
- Chirurgie du sport
- Chirurgie de la main et des nerfs périphériques
- Chirurgie du pied et de la cheville  
(association française de chirurgie du pied)



## الدكتور فؤاد أيت السبي

أستاذ مبرز في جراحة و تقويم العظام والمفاصل

- أستاذ بكلية الطب و الصيدلة بمراكش سابقا
- الجراحة التوقعية للمفاصل
- الجراحة بالمنظار ( جامعة باريس VII )
- الطب الرياضي
- جراحة اليد و الأعصاب الطرفية
- جراحة القدم و الكاحل ( الجمعية الفرنسية لجراحة القدم )

09/06/2023

Mme BOUHOU NAIMA

Diagnostic : Névralgies cervico-brachiales .

Merci de faire : rééducation du rachis cervical

Nombre de séances : 10

Protocole : physiothérapie , étirements et hygiène de vie.

Pr AIT ESSI FOUAD



شارع المقاومة زنقة واد زيز عمارة تفاوين E2 الطابق الأول عيادة رقم 4 - أكادير - الهاتف/ الفاكس : 05 28 82 42 32 - المستعجلات : 06 61 44 48 53

Av. Al Mouquaouama, Rue Oued Ziz, Imm. Tifaouine E2, 1er étage, Cabinet N°4 - Agadir Tél/Fax : 05 28 82 42 32 - En cas d'urgence : 06 61 44 48 53

email: aiteessif@gmail.com





**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0058165

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962 sexe male

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N° 02 HAYTILILA  
AGADIR

Tél. : 0667122441 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Fouad Ait Essi

Professeur agrégé de  
rhumatologie - Orthopédie



Cachet du médecin :

F: 75926110

INP: 091036822

001745158000036

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : Neuralgies cervico-brachiales

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0058165**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : 7181

Nom de l'adhérent(e) : IMAKOR

Total des frais engagés : .....

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Prise en charge des Actes
09/06/23	5 for		300 4 200	<p><b>F. Fouad Ait Essi</b>  Professeur agrégé de  Anatomologie - Orthopédie</p> <p>F: 75926110  001745158000036</p> <p>INP: 091036</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacie EL IRAKI Lineb</b>  Dr. EL IRAKI Lineb  t. Tilila Imm. Agda Rue Ghazza  N° M47 Tél: 0528285520</p> <p>042069013</p>	09/06/2023	288,20

## 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	
<p><b>Dr. EL IRAKI Lineb</b>  Pharmacie EL IRAKI Lineb  t. Tilila Imm. Agda Rue Ghazza  N° M47 Tél: 0528285520</p>	09/06/23	4mm	—	—		<p>Dr. EL IRAKI Lineb</p> <p>1200,00</p>

VOLET ADHERENT

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