

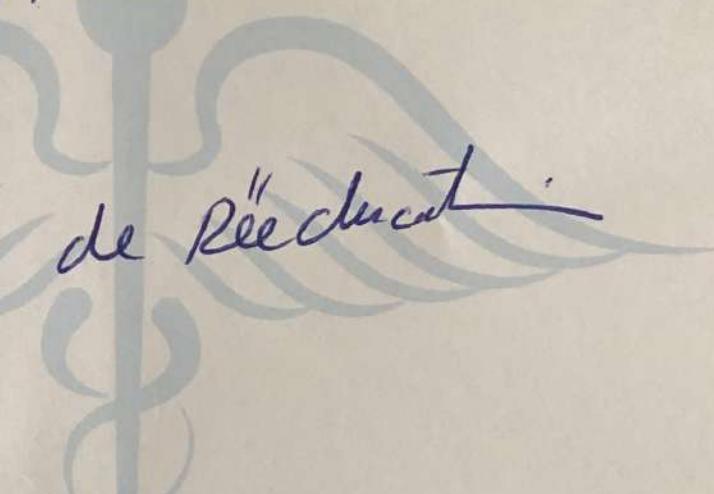


174448

Casablanca le: 05/09/2023 الدار البيضاء في:

Devis

- M. Zweif: M'HAMED
 - MV PRAS
 - 15 séances de Rééducat.
 - 200 د.د
 - Non tarifé
- $200 \times 15 = 3000$ د.د


Yassir BELKHADIR
Kinésithérapeute
8, Bd. Biranzarane - Rés. Rabii
RDC, App. 4 - Casablanca
Tél: 022.98.73.79

Dr. Karim BENSALAH

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Nancy (France)

Chirurgie de Cerveau de la Moelle Epinière
et des Nerfs

Chirurgie de la Tête et de la Colonne Vertébrale
Electro-Encéphalographie
Adultes & Enfants



الدكتور كريم بنصالح

خريج كلية الطب ببنانسي (فرنسا)

إختصاصي في جراحة أورام المخ والأعصاب

جراحة الرأس والعنق والقervical spine

التقطيع الهربي للدماغ

للتبار والصفار

الدار البيضاء في

Casablanca le : 04 SEPT ٢٠٢٢

Nom: ZOUFI

Prénom: M'HAMED

Renseignements cliniques: LOMBOSCIATALGIE

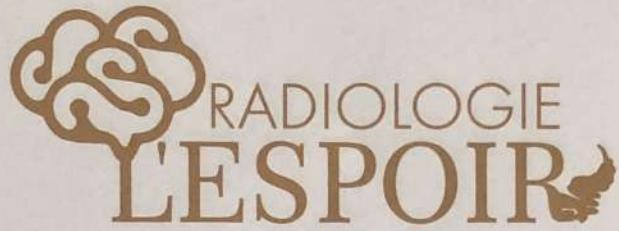
DROITE

Nécessite: 15 SEANCES DE REEDUCATION LOMBAIRE

ET MEMBRE INF D (3 FOIS / SEMAINE)

Yassir El KHADIR
Kinésithérapeute
8, Bd. Biranzerane - Rsc, Rabat
RDC, App. 4 - Casablanca
Tél: 022.99.73.79

Dr Karim BENSALAH
Neuro-Chirurgien
295, Angle Boulevard Abdelmoumen et
Allée du Persée 1er étage, A9 Casablanca
Tél: 05 22 2G 27 00
INPE:09116/338



CASABLANCA LE 04/09/2023

Radiologie Diagnostic:

- ◊ IRM Haut champ 1.5 TESLA dernière génération avec intelligence artificielle.
- ◊ Scanner 64 Barettes avec angio scanner.
- ◊ Échographie et Doppler couleur.
- ◊ Radiologie standard

Mr ZOUFI MHAMED

IRM LOMBAIRE

Dr K BENSALEH

Examen réalisé sur une machine 1.5 Tesla United Imaging de 2022 dans les plans sagittal FSE T1 et T2, séquences myélographiques, STIR coronal et acquisition volumique type Cube pondération T2 sur les disques et en séquentiel T2 1 Echo sur les disques L3-L4 et L4-L5 .

Le signal de la moelle est normal, cône terminal en place.

Signal normal des différentes vertèbres et disques en dehors d'un aspect hypo intense des disques L3 L4 et L4-L5 en rapport avec une dégénérescence discale.

En L3-L4 et L4/L5 : Protrusion discale postéro médiane débordant discrètement en foraminal droit en L3-L4 foramen droit

Il n'a pas été mis en évidence d'image de conflit disco radiculaire sur les autres étages.

Signal normal avec respect des interlignes et surfaces articulaires des sacro iliaques et des coxo fémorales.

Absence de masse décelée en pelvien (sciatique extra discale)

Aspect myélographique lombaire normal.

Arthrose inter apophysaire postérieure modérée étagée.

Radiologie Interventionnelle:

- ◊ Embolisation cerveau, foie, utérus, varicocèle et tous les organes.
- ◊ Dilatations artérielles.
- ◊ Biopsie.
- ◊ Infiltration des nerfs.

En vous remerciant pour votre confiance et bien Confraternellement
Dr Abdelali BOUAMAMA

DR BOUAMAMA Abdelali
RADIOLOGIE L'ESPoir
Radiologue
0522 86 23 23
INPE : 0910 34033

RELEVE 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

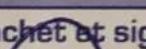
EXECUTION DES ORDONNANCES

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	
 YASSIR BEL KHADIR Kinésithérapeute 8, Bd. Birendra - Rés. Rabii RDC, App 4 - Casablanca Tél: 022.98.73.79	(Devis) 08/09/2023	15	réamcs de récidivis			15 x 200 = 3000 Dh

VOLET ADHERENT

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

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0010778

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3410 Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUFI M HAMED

Date de naissance : 03/02/1960

Adresse : 24 rue des Tabors Oasis
Casablanca

Tél. : 0661181840 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 Nº M21-010778

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 :