

Dr Sara SABIRY
Neurologue

- Diplôme de la Faculté de médecine et de pharmacie - CASABLANCA
- Diplôme d'Etat d'Assesseur en Migraine et Créphénées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG) - CASABLANCA
- Doctor en psychologie (DSC)

143335

الدكتورة سارة الصابيري

طبيبة الجهاز العصبي

- تجربة شخصية بكلية الطب والجامعة - جامعة الحسن الثاني بأكادير بالمغرب
- تجربة شخصية في المدارج والكلية الفرنسية - جامعة دار العلوم الدار البيضاء بالمغرب
- تجربة شخصية في المستشفى التأميني للدار البيضاء - جامعة محمد السادس بالرباط
- تجربة شخصية في كلية الدراسات والعلوم

ORDONNANCE

Casablanca, le: 02/01/2023

HMDANT AMINA

Age= 73 ans
Lombosciatalgie mal systématisée MI droit
FAIRE SVP: IRM lombaire

Dr. SABIRY Sara
Neurologue - EEG - ENMG
548, Avenue Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca
2 Mars, Casablanca
Tel: 05 22 82 10 10 - GSM: 06 53 45 60 46
INPE: 091256719

مجمع 2 مارس تقاطع شارع موديبوكينا، الطابق 2 شقة 7، إقامة السنة. الدار البيضاء
548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca
05 22 82 10 10 06 53 45 60 46 sara.sabiry@gmail.com

**CASA
RADIOLOGIE**

Dr Y. BENHADDOU
Dr K. BENYACHOU

- Dij
- Dip
- Dip
- Ele



**البيضاء
للفحص بالأشعة**

الدكتور يوسف بنحدو
الدكتور خالد بنيشو

03/01/2022

DEVIS

Nom du patient : MME HMIDANI EP AZEM Amina

Examen à réaliser : IRM LOMBAIRE

Prix : 2500.00dhs

(Deux Mille Cinq Cent Dirhams)

*CASA RADIOLOGIE
Brs BENHADDOU / BENYACHOU
19 Bd. Abdelmoumen - Casablanca
tel. 0522 27 77 44 / 0522 27 77 44 06 61 67 46 72*

119 Boulevard Abdelmoumen Tél : 0522 27 10 10(LG)/0522 27 44 27/0522 27 77 44-GSM:0661 674 672
Casablanca Fax : 0522 27 77 04 - contact@casaradiologie.com - www.casaradiologie.com
R.C. Casa : 69001 - Patente : 32505292 - C.N.S.S. : 2347054 - I.F. 01621082
I.C.E: 00021746300006 - Compte ATWB : 007780000238200000027632

شارع عبد المؤمن
الدار البيضاء
119



Mutuelle de Prévoyance

& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0019958

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent[e]

Matricule : 773

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AZEM MOHAMED

Date de naissance :

1947

Adresse :

44 Rue 18 jamila S CD CASA

Tél. : 0661627262

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade :

HAYIDANI AMINA

Age: 73

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

Neuroleptique

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] :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0019958

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

Matricule :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :