

Nom & Prénom
du patient :

Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

.....

.....

A le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

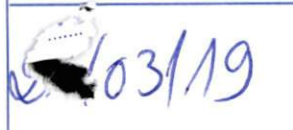
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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
 103/19	12/03/19	IRM Cerbata 2500	310

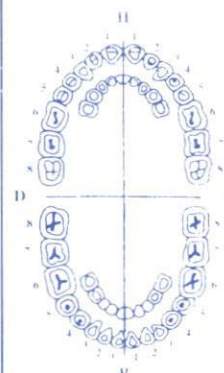
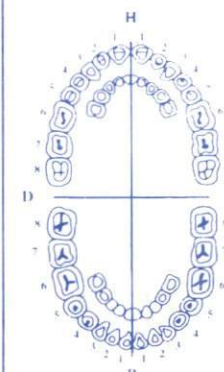
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement can ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412	H	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	00000000	D	00000000	MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
	00000000	G	00000000	
	35533411	B	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction)			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le 21/03/2019

Médecin Traitant : **DR S. SOULAMI**
Nom du patient : **MR SOBAI IDRISSE AHMED**
Examen Réalisé : **IRM CEREBRALE**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Bilan d'hémiplégie droite et aphasie chez un jeune patient de 45ans sans ATCD connu.
Suspicion d'AVC.

TECHNIQUE:

Examen réalisé en séquences transversales diffusion et FLAIR, sagittale T1, frontale T2, axiale T2*, 3D TOF artérielle et veineuse en contraste de phase.

RESULTATS:

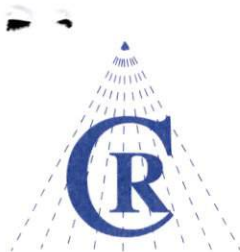
Mise en évidence d'un foyer en hypersignal diffusion avec ADC diminué compatible avec un foyer d'AVC ischémique de la région capsulo-lenticulaire gauche.
Présence d'autres petits foyers de même nature en péri-ventriculaire profond gauche et en regard de la corne ventriculaire frontale homolatérale.
Pas de stigmat hémorragique.
Pas de syndrome de masse des hémisphères cérébraux et système ventriculaire en place, non dilaté.
Pas d'hémorragie ventriculaire ni méningée.
Pas de lésion sur le tronc cérébral ni sur le cervelet.
Corps calleux de signal homogène.
Selle turcique de configuration normale.
Pas d'anomalie sur les artères du polygone de willis.
Pas de thrombophlébite cérébrale.

CONCLUSION:

*Foyer d'AVC ischémique au niveau capsulo-lenticulaire gauche ainsi qu'au niveau profond péri-ventriculaire et en regard de la corne ventriculaire frontale homolatérale.
Pas de thrombophlébite cérébrale et pas d'anomalie sur les artères du polygone de Willis.
Pas de lésion de la fosse postérieure et système ventriculaire en place non dilaté.
Petit comblement du fond du sinus maxillaire droit.*

Bien confraternellement à vous.
DR K. BENYACHOU

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél.: 05 22 27 44 27/27 77 44 - 06 61 67 46 72



Casablanca, le 21/03/2019

FACTURE :03431/2019

Nom & Prénom : **SOBAI IDRISSE AHMED**

Examen(s)	
IRM CEREBRALE	
Montant TOTAL	2500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE CINQ CENTS (2500 DH)

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen, Casablanca
Tél.: 05 22 27 44 27 / 05 22 27 44 05 01 67 43 72