

Ordonnance

MME HAMDY HASNA

LOMBALGIES CHRONIQUES SUR HERNIE DISCALE
L4-L5

FAIRE SVP 15 SEANCES DE REEDUCATION:

- LUTTE CONTRE LA DOULEUR,
PHYSIOTHERAPIE
- ETIREMENTS DORSO-LOMBAIRES DE TYPE
MACKENZIE
- RENFORCEMENT DOUX DES MUSCLES
PARAVERTEBRAUX ET ABDOMINAUX
- MASSAGES DECONTRACTURANTS
- RESPECT DE LA NON-DOULEUR DANS
TOUTES LES ETAPES

Dr Anis ACHARGUI
Chirurgien Orthopédiste
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910

118216

Ordonnance

MME HAMDI HASNA

GONALGIES BILATERALES CHRONIQUES
FAIRE SVP: 15 SEANCES DE REEDUCATION
DES 2 GENOUX

- LUTTE CONTRE LA DOULEUR
- PHYSIOTHERAPIE, CRYOTHERAPIE
- RECUPERATION DES AMPLITUDES
- RENFORCEMENT MUSCULAIRE
EXCENTRIQUE PUIS CONCENTRIQUE
- PROPRIOCEPTION

Dr Anis ACHARGUI
Chirurgien Orthopédiste
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910



Déclaration de Maladie

N° W21-681318

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11890 Société : _____

Matricule : 11890

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : HANDI HASNA

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél : 0674456542 Total des frais engagés : 289 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr Amis ACKARGUI**
Chirurgien Di. Opéd. Stc
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél: 0522 87 81 16 - INP 091173510

Date de consultation : 08/03/2022

Nom et prénom du malade : Hamdi Hosna

Age : _____

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

Nature de la maladie : Lombalgies Chroniques

Cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

En cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

Je certifie 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.

Signature de l'adhérent(e) : _____ Le : ____/____/____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-681318

Plissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
demande de prise en charge ultérieure.

À conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11890
Nom de l'adhérent(e) : 289
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

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
3/3/22	CS		G	Dr Amal ACHACH Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca TEL: 05222818116 - RPP 09117391

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUSAMA AICHA DR Fatiha Youniss LOT DEROUA N 692 DEROUA TEL: 0522574958	08/03/22	289,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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