

Dr SENNOUNE BILAL 128244
Spécialiste

Traumatologie - Orthopédie

- Diplôme de la faculté de médecine (casablanca)
- Attestation de formation spécialisée (Paris V)
 - Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...
 - Chirurgie arthroscopique
 - Chirurgie de la main
 - Chirurgie du rhumatisme
 - Chirurgie de l'appareil locomoteur
 - Expérience médicale

الدكتور السنون بلال
أخصائي

علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصل

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس 7)
 - جراحة الركبة الورك الكتف والعمود الفقري...
 - جراحة بالمنظار
 - جراحة اليد
 - جراحة الجهاز العظمي
 - جراحة الروماتيزم
 - الخبرة الطبية

Casablanca, le : 27/10/22 الدار البيضاء، في :
Mr(Mme) : Ronta AK السيد(ة)
Signature

dorsalgia chronique au ♂
+ lombalgie absolue



la gêne due à la colonne

vertebrale

+ l'anatomie déminéralisée
+ étirements musculaires
+ physiothérapie au fil

Za3a / seu

C 12 semaines

Dr. BILAL SENNOUNE
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE
Angle Anoual/Abdelmoumen
Résidence Anoual Capital Center 1er Etage Casablanca
Tél : 0522230623
GSM: 0654357876
Mail : orthopedie.sennoune@gmail.com

Résidence anoual capital center
Angle Bd anoual / abdelmoumen
Porte C (213) 1^{er} étage

Tél : 0522230623
GSM: 0654357876
Mail : orthopedie.sennoune@gmail.com

إقامة أنوال كابيل سنتر
ملتقى شارع أنوال / عبد المؤمن
باب س(213) الطابق الأول



Scan with Balayage rapide



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : E-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) ...
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):
.....
.....
.....

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



Scan with Balayage rapide



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le / /20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : E-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.....

Nécessite Douze (12) séances Kiné (12 séanc.)

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Mme Fatima SAOUD
KINESTHÉTICIENNE
Prc. Marocain, 10000 Casablanca
06 61 12 12 12

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):
.....
.....

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



Scan with Balayage rapide

SAOUD Fatima
Kinésithérapeute Diplômée
de l'ISEK - Bruxelles

AUTORISATION N° 1036

Casablanca, le 06/08/2022

DEVIS D'HONORAIRES

La somme de mille huit cent DH (1900 DHS)
Pour une série de 12 séances de
Rééducation, massage et
physiothérapie pour
dorsalgies.

Adressée à Mr Cheata Ahmed
Sur Ordonnance du Docteur Sennoune

Avec nos Remerciements

Mme Fatima SAOUD
KINESTHÉRAPEUTE
Rés. Mansour, Immeuble A, RDC N°1, Rue Kadi
Bakkar - Menzah - Casablanca

Rue Kadi El Bekkar - Résidence Al Mansour - Immeuble (A)
Appt 1 (Maârif Extension) - Tél. 99-47-92 - Mobile 06 44 89 21



Scan with Balayage rapide



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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01
Version : 2.0
Date : 24/05/2022

Le 26.10.2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 07027

E-mail : ahmedokhouha@yahoo.fr

Phones : 0661526440

Nom et Prénom de l'adhérent : CHOUTA

AHMED

Nom et Prénom du bénéficiaire : CHOUTA

AHMED

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

Douze (12) séances Kiné (12 ANK.)

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Mme Fatima SAOUD
KINESTHÉTICIENNE
Rés. Marocaine, 2000
BP 1000 - Casablanca
Maroc

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



Scan with Balayage rapide