

Dr SENNOUNE BILAL

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
- Expertise médicale

128244

الدكتور السنون بلال

أخصائي

علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصل

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس V)
- 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) : Ouhata AR : السيد(ة)

Dorsalgie chronique au 5
de la dernière vertèbre lumbaire

Le traitement de la colonne
vertébrale :

- + Kinésithérapie
- + Étirements musculaires
- + Physiothérapie au chaud

2 à 3 x / semaine (12 séances)

Résidence anoual capital center

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

Tél : 0522230623

GSM : 0654357876

Mail : orthopedie.sennoune@gmail.com

Dr. Bilal SENNOUNE
TRAUMATOLOGUE-ORTHOPÉDISTE
45 Angle Anoual/Abdelmoumen
Résidence Anoual Capital Center 1^{er} Etage Casablanca
Tél : 0522230623 / 06 54 35 78 76

إقامة أنوال كابيتل سنتر

ملتقى شارع أنوال / عبد المومن

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.

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 Kin (12 ANK.)
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Mme Fatima SAOUD
KINESTHÉRAPEUTE
Rég. Maroc, Imp. A. 141, Rue Cad
Bordj - Alger - 05/21/2022

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.

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 dix (1900 shs)

Pour une série de 12-ANK séances de

Reéducation, massage et
physiothérapie pour
dosalgies.

Adressée à M. Cheita Ahmed
Sur Ordonnance du Docteur Sennoune

Avec nos Remerciements

Mme Fatima SAOUD
KINESTHÉRAPEUTE
Rés. Mansour, Im. A, PDC N°1, N° Cadi
Bekkar - Maarif - Casablanca

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


DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 26.10.2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 07087	E-mail : ahmedkhouba@yahoo.fr Phones : 066126440
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 Kin (12 ANK.)	
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.