



183357

Devis N° :272/23

- Prénom & Nom : Mme Mekouar Yasmine
- Diagnostic : Rééducation du dos
- Médecin traitant : Dr Sophia Lahrichi
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 25
- Montant total des honoraires : 5000 Dhs
- Arrêter le présent devis à la somme de : Cinq Mille Dirhams

Casablanca le :16/11/2023

KINÉ VITAL PHYSIOTHÉRAPIE
M. Mohammed NASSIR
48 rue Jbel Aroui, Hay Essalam, Casablanca
Tél: 05 22 44 88 64

Dr Sophia Lahrichi
Rhumatologue



الدكتورة صوفيا لحريشي
أخصائية في أمراض العظام والمفاصل
العمود الفقري وعلاج الروماتزم

Diplômée en pathologie rachidienne de l'Université de Bordeaux
Diplômée en échographie ostéo-articulaire
Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Casablanca, le 4.1.11.23 في الدار البيضاء،

Lettre de Rééducation

Mme Nekkar yasmine

cyphose dorsale + Scoliose Lombaraire
Sur rachis dégénératif

+ Gonarthrose stade ④ droite

Je vous adresse pour 25 Séances

de Rééducation dorso Lombaraire =

→ physiothérapie - antalgique.

→ massage de contracturant

au vu des paravertébraux Lombaraire Gauche

→ Renforcement des paravertébraux
Lombaraire D

→ Renforcement des abdominaux (Suite)

→ Assouplissement dorsal + TENS

=>

Angle Boulevard Abderrahim Bouabid et Omar Al Khayam - Résidence CAF Office - N°12 - 3ème Etg - CFC Casablanca
CFC Casablanca, الطابق 3, رقم 12, إقامة CAF Office، عمر الخيام، تقاطع شارع عبد الرحمن بوعبيد و عمر الخيام

06 42 26 19 64

05 22 23 53 10

dr.lahrichisophia.rhumatologue@gmail.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0039035

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04303 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JABRI Mohamed

Date de naissance : 30.12.44

Adresse : W. S. S. HANANE n°13

Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAHRICHI S.

Rhumatologue

Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/93

Nom et prénom du malade : MEKOUAR YASMINE

Age : 68

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cousin

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 N° M21- 039035

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 :