



# CENTRE DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE AVICENNE

Leyla TRIKI  
KINESITHEPEUTE D.E.

Diplômée de Paris  
Ancienne Assistante des Hôpitaux de Paris  
ELECTROTHERAPIE - PRESSOTHERAPIE  
POULIETHERAPIE - REEDUCATION FONCTIONNELLE

Tél. 36.82.20

128804

ليلى التريكي  
مروضة طبية  
خريجة ببا ريس  
علاج كهربائي - المداواة بالضغط  
ترويض الجسم

الهاتف 36.82.20

Casablanca, le 7/03/2022 الدار البيضاء في

## DEVIS DE TRAITEMENT

Nom ATBEB Prénom FOURBA

La Somme de Deux mille cents Dirhams (2100 dh)

Pour une série de Dix (10) Séances.

Acte Rédut Metille REO

**CENTRE KINE AVICENNE**  
52, Rue Sacra Falsance Isslam  
3ème Etage - Casablanca  
Tél : 0522 36 82 20  
Pte : 51218068 - RG : 272198  
ICE : 001623276000018



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 22.07.2022

ATBIB FONZIA

absence de réaction

raison de 03 à 04 par semaine

pour fracture du col m3

piéd Dr

Dr Issam GUERROUJI  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerketouni - Casablanca  
Angle Bds 9 Avril et Med. Abdou

CLINIQUE ZERKTOUNI  
D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE  
Service de Consultation  
Angle Bds 9 Avril et Med. Abdou  
Casablanca



Cadre réservé à l'adhérent (e)

☐ Optique

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/04/2019

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : fracture du 1er M3

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° M21-057569

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Angle Bd. Mohamed Abdou  
Consultation



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

des	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22	18	6	

CLINIQUE ZERKTOU  
D ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE  
Service Consultation  
Angle Bds 9 Avril et Med. Abdou  
Carablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Deux de Traitement

10 AM 200

soit 2/00 dh

(Deux mille cents deux cent)

VOLET ADHERENT

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

08/09/2022

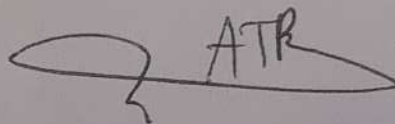
Mme ATBIB FOUZIA

Mle 8372

Je vous envoie la présente lettre pour vous signaler que le 25/07/2022 j'ai malheureusement été victime d'un accident domestique en descendant les escaliers, cet accident a eu des conséquences suivantes :

Fractures du métatarse du 3<sup>ème</sup> orteil du pied droit.

Cordialement

 ATR