



# CENTRE DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE AVICENNE

Leyla TRIKI  
KINESITHERAPEUTE D.E.

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

Tél. 36.82.20

128804

ليلي التريكي

مروضة طبية

خريجة ببلايس

علاج كهربائي - المداواة بالضغط

ترويض الجسم

الهاتف 36.82.20

Casablanca, le 7/03/2022 الدار البيضاء في

## DEVIS DE TRAITEMENT

Nom 7<sup>me</sup> ATBEIB Prénom FOJZIA

La Somme de Deux mille cinq cents dinars (2 100 Dh)

Pour une série de Dix (10) Séances.

Acte Rédukt. Fractile 700.

~~CENTRE KINE AVICENNE~~  
52, Rue Soukaina Résidence Islam  
3ème Etage - Casablanca  
Tel : 0522 26 32 20  
Pte : 52180088 - RC : 22198  
ICE : 001623278000018

F Sig

343

IS ET HONORAIRES  
e pratiquée en indiquant la nature des soins.  
-salaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



# مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 22.8.2022

ATBIB FONZIA

Intervention de rééducatrice  
aison du 03 à 04 juillet

Pour fracture du col mg  
Ricard

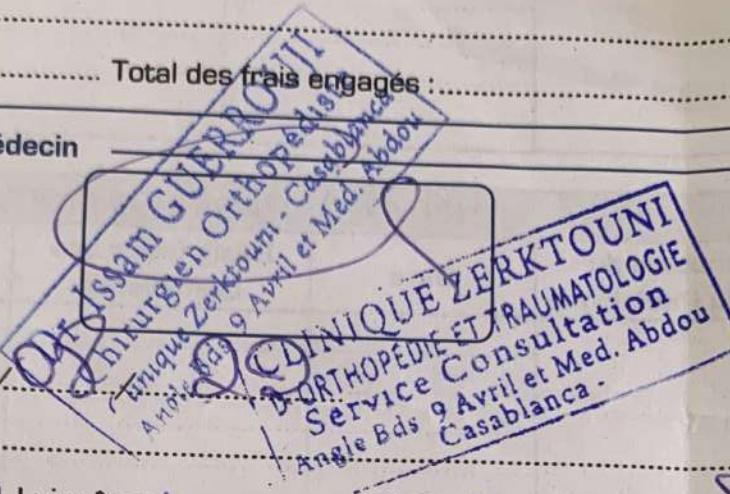
Dr Issam GUERROUJI  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerkouni - Casablanca  
Angle Bds 9 Avril et Med. Abdou

CLINIQUE ZERKOUNI  
D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE  
Service de Consultation  
Angle Bds 9 Avril et Med. Abdou

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

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 : .....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
*Fracture du scaphoïde*

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 : .....

100 CAS  
n cliniquezen

Angle Bd. Mohamed Abdou  
Consultation

O ORI  
An

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>CENTRE KINETIQUE</i> 52 RUE SAINTE EUPHRASIE 33 Toulouse - FRANCE Pte : 05 61 82 32 78 00 00	10/07/2018	Deux de Traitemen				
		10 AM	1200	dit 2100 dh		

## VOLET ADHERENT

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

08/09/2022

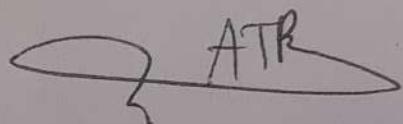
Mme ATBIB FOUZIA

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

A handwritten signature consisting of a stylized 'A' and 'T' followed by 'R'.