

# Centre Kiné-Forme

170533

Nadia LAHMIDI

Kinésithérapeute  
Physiothérapeute

M<sup>me</sup> 1526

Casablanca, le : 31.10.123...

## Devis

Nom : Dr. ABIRENE MOSSOM.

• R. Sianes d. Réduction fonctionnelle  
ds la hanche droite + bascule 3<sup>me</sup> fente  
Sous l'insrpr de Dr. Saluk FINNI

• Devis aussi à la somme ds :

1800 Dhs (Mille-Huit cent DH).

CENTRE KINE-FORME  
Nadia LAHMIDI  
Kinésithérapeute  
Physiothérapeute

299, Bd Oued Daoura El Oulfa (en face rond point Chahdia) - Casablanca  
Tél.: 05 22 93 82 33 / GSM : 06 62 55 65 19



# Professeur Salah FNINI

Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

M<sup>me</sup> 1526

Traumatologie Orthopédie et Prothèses des membres

Chirurgie de la main, des nerfs périphériques et réparatrice de l'appareil locomoteur

Médecine et Chirurgie du sport DIU de microchirurgie de Paris

Certificat de chirurgie du pied Rabat

Le 20/10/2023

Amirane Hossam

Seguier à fracture le  
le No Nöle externe et  
base du 5<sup>e</sup> métatarsien

12 semaines Le rééchec 2<sup>es</sup>  
Le drainage lymphatique  
et reconstruction

Chirurgie

Cabinet : 15 Rue de la Lande, Angle rue Amyot, 2<sup>ème</sup> étage, Quartier des Hôpitaux, Casablanca - Tél. : 05 22 86 28 11 / 06 66 75 10 44

Clinique Mers Sultan : 64, Bd Omar El Idrissi (en face jardin Murdoch), Casablanca - Tél. : 05 22 27 72 72 / 05 22 27 80 34

E-mail : safisfnini@yahoo.fr en cas d'urgence GSM : 06 61 21 03 88

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/02/23	C3		300,-	Professeur FNINI 33130 Traumatologue - Orthopédiste 15 Rue de la Gare - Lando - 33130 Amyat - Tél. 05 56 22 86 00

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX *DENIS*

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Nadia</i>	31/01/23	12	1	11	1	180,00

### VOLET ADHERENT

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

Le praticien  
Important  
Veuillez joindre  
SOINS

3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31

PROTH

6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31

VIS