

179576



CABINET DE RÉÉDUCATION  
**YASSER**  
M E D

📍 GH 4, Immeuble 1, Appartement 3, Andalous 2 - Bouskoura  
( En Face les Stades Andalous de Proximité)

📧 yassermed.physio 📧 yassermed.physio@gmail.com

☎ 06 64 42 00 98

**DEVIS**

La somme de 3600,00 dh / Trois Mille Six cents denham

Pour une série de 24 Séances rééducation fonctionnelle pour  
subluxation des deux epaules

Adressée à Mr. KASBAOUI ADM

Établi le : 18/10/23

Sur ordonnance du docteur LARGAB Abdelkrim

CABINET DE KINESITHÉRAPIE  
YASSER MED  
Tél: 06 64 42 00 98  
E-mail: yassermed.physio@gmail.com  
GH 4, inn 1, App 3, Andalous 2 - Bouskoura

Signé

Mohamed Yasser  
**ABOUDDAFRE**

Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeur de Traumatologie Orthopédie  
Ancien Chef du Service de  
Traumatologie et Orthopédie P32  
du Centre Hospitalo-Universitaire  
Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le 27/9/23

الدكتور عبد الكريم العرڤاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل  
رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل  
بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

M<sup>r</sup> CABBOU Adam

Taureau de subluxation  
réducteurs antérieurs de  
2 epaules

Fracture 24 ans  
de rééducation ds 2  
epaules = 3 ans  
(renforcement musculaire)  
propres

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maani - Mers Soudan - Casablanca  
Tél : 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrim.largab@gmail.com

Abdelkrim LARGAB  
Professeur de Traumatologie  
Orthopédie  
Ancien Chef du Service de  
Traumatologie et Orthopédie  
P32 du Centre Hospitalo-Universitaire  
Ibn Rochd de Casablanca  
Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maani  
Mers Soudan - Casablanca  
Tél : 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrim.largab@gmail.com



### RELEVÉ 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou 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 Porteur	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
<b>CABINET DE KINESITHERAPIE</b> <b>YASSER MHD</b> Tél: 06 64 42 00 98 Email: yassermed.physio@gmail.com 1014, rue 1, Apt 3, Mandelieu 2 - Bouskoura	14/03	24 Soins	360000 015

VOLET ADHERENT

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H 25533412 21432552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 25533411 11432553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION