

# Centre Kinésithérapie Racine

مركز الترويض الطبي راسين

18 rue oumayna sayeh, quartier racine  
n°3 Etage 1 Espace Maryamo  
GSM : 0662 21 01 08 / Fixe : 0522 36 83 35

PEC  
Mle 7194  
066 344 80 20



Casablanca le 25/12/2020

A l'attention Mr KAHIL MOHAMED HASSAN

Devis : N°24 /2020

Objet : 20 Séances de rééducation de l'épaule gauche:

Désignation	Nombre de séances	Montant
Rééducation de l'épaule gauche	20 séances	3000,00Dhs

Ce devis est arrêtée à la somme de trois mille Dirhams

ENTRE DE KINESITHERAPIE RACINE  
RUE OUMAIMA SAYEH RES ESPACE  
BUREAU MARYAMO ETG 1 N° 1  
CASABLANCA  
TEL: 0522 36 83 35





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 07.12.2020.

Dr Kamil MOHAMED Hassan

- Don de nerf et ligule
- GB - Whi - eus - ref
- ↓ adans ↓ ligule
- 3 m / cip

CENTRE DE KINESITHERAPIE RACHÉE  
RUE OUMAIMA SAYEH RES ESPACE  
BUREAU MARYAMO ETG 1 N° 1  
CASABLANCA  
TEL: 05 22 36 83 35



Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril, Quartier Palmiers - 20100 CASABLANCA - Tél.: Standard : 05 22 25 33 00  
Consultations : 05 22 25 33 66 - Fax : 05 22 99 21 21 - E-mail : cliniquezerktouni@menara.ma - ICE : 001611954000075

MUPRAS  
28 DEC. 2020  
ACCUEIL

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 28/12/2020

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 07194 e-mail : M.Khalil@hotmail.fr Phones : 0663448020

Nom et Prénom de l'adhérent : KAHL KOHAKAD HASSAN

Nom et Prénom du bénéficiaire : med mohamed

## REEMPLIR PAR LE PRATICIEN

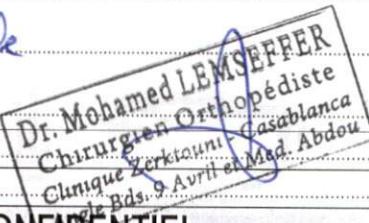
Je soussigné : Dr. Mohamed LEMSEFFER Chirurgien Orthopédiste

Estime que l'état de santé de Mme M. SAHIL NOUANON. HASSAN

Nécessite 10 séances

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Affesti d l'épaule gauche



Une hospitalisation de (approximatif) ....

A (préciser l'établissement hospitalier) ....

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

## REEMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.