

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

53308

PEC
Mle 7194
066 34 48020

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

MUPRAS
28 DEC. 2020
ACCUEIL

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



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 27.12.2020.

KAHIL MOHAMED Hassan

- 20 ans 21 ans 22 ans 23 ans 24 ans 25 ans 26 ans 27 ans 28 ans 29 ans 30 ans 31 ans 32 ans 33 ans 34 ans 35 ans 36 ans 37 ans 38 ans 39 ans 40 ans 41 ans 42 ans 43 ans 44 ans 45 ans 46 ans 47 ans 48 ans 49 ans 50 ans 51 ans 52 ans 53 ans 54 ans 55 ans 56 ans 57 ans 58 ans 59 ans 60 ans 61 ans 62 ans 63 ans 64 ans 65 ans 66 ans 67 ans 68 ans 69 ans 70 ans 71 ans 72 ans 73 ans 74 ans 75 ans 76 ans 77 ans 78 ans 79 ans 80 ans 81 ans 82 ans 83 ans 84 ans 85 ans 86 ans 87 ans 88 ans 89 ans 90 ans 91 ans 92 ans 93 ans 94 ans 95 ans 96 ans 97 ans 98 ans 99 ans 100 ans

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

Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerketouni - Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou

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.ghermoul.fr Phones : 0663448020
Nom et Prénom de l'adhérent : KHALIL MOHAMMED HASSAN
Nom et Prénom du bénéficiaire : moi même

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Estime que l'état de santé de Mlle. Mme M. KHALIL MOHAMMED HASSAN
Nécessite 20 séances
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)
Affection de 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

A REMPLIR 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.