

**Docteur Hind BENKIRANE**

Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

Ancienne interne des Hôpitaux

de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse

- Thérapie par onde de choc

- Thérapie par PRP

الدكتورة هند بنكيران  
139726

اختصاصية في الطب الفيزيائي

و التأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بلييج

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مونبيلي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القدم بمونبيلي

فحص بالصدى للمفاصل و العضلات

- التداوي بالدم

Casablanca, Le : 22/11/2022

M. Douak

Chayem

12 séances de Rééducation  
pour NCS Ok oue triggered  
(angulaire) point

Dr. BENKIRANE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tél.: 06 22 90 78 09

Dr BENKIRANE Hind

Spécialiste en médecine physique  
et réadaptation fonctionnelle  
D.U. de traumatologie du sport et  
de podologie

CASABLANCA LE: 01/12/2022

**DEVIS**

Nom: .

COTATION : KMP

Mme MOUAKITE Meryem ep OUDGHIRI

Désignation	N.S	P.U	Montant
Rééducation pour NCB	12	180	2 160,00
total			2 160,00

Arrêtée le présent devis à la somme de:

**Deux Mille Cent Soixante dirhams**

Dr. BENKIRANE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tél: 05 22 30 78 09



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 01.12.2012

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	
Matricule : 8732	e-mail : <u>adriss.ouadghiri@royalairmaroc.ma</u> Phones : 0663312735
Nom et Prénom de l'adhérent : OUDHRI MOUAY	
Nom et Prénom du bénéficiaire : MOUAKITE MERYEM	
<b>A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>	
Je soussigné : <u>Dr. BENKIRANE Hind</u>	
Estime que l'état de santé de Mlle, M. <u>MERYEM MOUAKITE</u>	
Nécessite : <u>un rendez-vous</u>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : <u>Adx 000 de Rééducation</u>	
Une hospitalisation de (approximatif) : _____	
A (préciser l'établissement hospitalier) : _____	
<b>STRICTEMENT CONFIDENTIEL</b>	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) : <u>NCS + hérogés point</u>	
Cachet, date et signature du praticien	<u>Dr. BENKIRANE Hind</u> Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle Tél : 06 22 90 78 09 <u>01/12/2012</u>
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS</b>	
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.