



**CENTRE IRAOUI**

**KINESITHERAPIE,**

**PHYSIOTHERAPIE, AMINCISSEMENT, HIJAMA**

IRAOUI JIHANE

Tél : 0522.53.34.54

N°78, Rue ESSALAM,

Hay EL HOUDA,

Madania2, BERRECHID

**DEVIS N°**

175426

Nom du patient : ..... Mr LAARIFI LARBI .....

Pathologie traitée : ..... mono parésie crurale .....

Médecin traitant : ..... Dr. ABDENBI KAMAR .....

Nature de l'acte : ..... 15 séances de rééducation .....

Date : ..... 12/09/23 .....

Honoraires : ..... 1800 dh .....

Signature

Jihane IRAOUI  
Kinésithérapeute  
Hay El Houda N°78 Rue la Paix  
05 22 53 34 54  
15 SEP. 2023

**Patente N°:40777885- RC : 19966 – IF : 77289**

**ICE :002175428000048**

**Docteur Abdenbi EL KAMAR**  
Professeur en Neurochirurgie  
Chirurgie du Cerveau  
et de la Colonne Vertébrale

الدكتور عبد النبي القمر  
أستاذ في جراحة  
الدماغ و الأعصاب  
والعمود الفقري

Casablanca, le : 11.09.23

↑ Larifi Larbi  
Recu Larbi  
Pr monoparethe  
Cerv. Dte  
(répitione califi)  
→ 15 years  
2 1/3 years

Pr. Abdenbi EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Angle Bd. Zerkouni - 1er Etage Appt. N° 3 - Casablanca  
Med Ben Abdellah  
Tél : 05 22 26 38 38  
Gsm : 06 00 04 43 43

زاوية شارع الزركطوني محمد بن عبد الله الطابق الأول الشقة رقم 3 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 38 38  
Angle Bd. Zerkouni - Med Ben Abdellah 1<sup>er</sup> Etage Appt. N° 3 - Casablanca - Tél : 05 22 26 38 38  
المحمول : 06 00 04 43 43

Le 12/09/23

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule : 1110	N° de poste :
Nom et Prénom de adhérent : LAARIFI LARBI	N°Tél. bureau :
Nom et Prénom du bénéficiaire :	N°Tél. domicile 0661139092
A remplir par le praticien	
Je soussigné : Jihane IRAOUI	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M LAARIFI LARBI	
Nécessite 15 séances de kinésithérapie	
Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) 15 APHS	
Une hospitalisation de : (Approximatif)	
A : (préciser l'établissement hospitalier) Centre IRAOUI de kinésithérapie	
Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) : monoparesie crurale (Dre)	
Cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision :	

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Tel: 05-22-22-78-15 fax 05-22-22-78-18