



AKDITAL

M. G. 0305

Clinique Jerrada Oasis

مصحة جرادة الوازيس

147578

Casablanca, le.....

16/01/2023

**Demande de kinésithérapie fonctionnelle**

**Nom : Mr CHAIEB Lahsen**

**Nombre de séances : 30 (deux à trois séances par semaine)**

**Merci d'assurer des séances de kinésithérapie pour une hémiplégie post Accident vasculaire Cérébral (AVC) :**

**Le travail doit comporter :**

- Des mobilisations passives, actives aidées
- Lutte contre la raideur et la douleur musculo-squelettique (mobilisations passives et étirements)
  - Lutte contre la spasticité
- Travail de la marche : améliorer la longueur et le rythme des pas, apprendre à utiliser les aides à la marche (déambulateur, canne...)
- Améliorer l'équilibre et les réactions posturales contre les chutes

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis  
Tél : 06 67 17 33 11  
05 22 23 81 81 / 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél : 05 22 23 81 81 / 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma  
Site web : www.cliniquejerrada.ma

مركز الترويض الطبي للمعاريف  
مختص في الطب الفزيائي والتأهيل الوظيفي

**CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DU MAARIF  
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION**

Consultation médicale - Médecine du sport - Appareillage - Podologie  
Soins de kinésithérapie - Ergothérapie - Balnéothérapie

ME 0305



23.01.2023.

DEVIS OU DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MALADIE

Ce document n'est pas une facture

Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN

Assurance :

Médecin prescripteur :

*les Soins sont prodigués dans un centre de Médecine Physique et de Réadaptation : MPR*

30 Séances de Réadaptation et actes fonctionnels :

selon bilans, avec protocole thérapeutique approprié.

30x Kmp 10 = 30 x 250 = 7500 dh.

TOTAL = 7500 dh.

Arrêté le présent devis à la somme de: Sept Mille Cinq Cent dh.

Je reconnais avoir été préalablement informé par DrN. OUDGHIRI IDRISSE des bienfaits, avantages, risques et exigences thérapeutiques de mes traitements physiques et de réadaptation. Je donne mon accord pour les entamer.

Signature du Praticien

Signature du patient

مركز الترويض الطبي للمعاريف  
Centre de Rééducation Fonctionnelle du Maarif  
80, Rue Brahim Annakhai - Casablanca  
Tél : 0522 23 01 71 / 97  
Fax : 05 22 23 01 97

Dr. N. OUDGHIRI IDRISSE  
Médecine Physique et du Sport  
80, Rue Brahim Annakhai Maarif  
Tél : 0522 23 01 71 - Fax: 05 22 23 01 97  
CASABLANCA

80, Rue Brahim ANNAKHAÏ (EX. : Mont Cinto) Maârif - Casablanca

Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 37 - Fax. : (212) 22 23 02 08

e-mail.: oudghiri.nordin@iam.ma - Site Web.: www.crfm.ma

e-mail LAHSEN.CHAIEB@gmail.com



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 23.01.2023

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 0305 e-mail : ..... Phones : 0672406347  
 Nom et Prénom de l'adhérent : M. CHAIEB LAHSEN 0661240247  
 Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....  
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHAIEB LAHSEN : .....  
 Nécessite Trente séances de rééducation fonctionnelle.  
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) .....  
 30kwh<sub>12</sub> = 30 x 250 = 7500kwh  
 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):  
 1<sup>er</sup> - plégin droite par AVC au bras droit.  
 Dr. N. OUDJINI IBRAHIM  
 Médecin Physicien et Spécialiste  
 Bratim Assakni Maent  
 ☎ : 05 22 23 01 71 - Fax : 05 22 23 01 77  
 INCA

23-01-2023  
 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.