

de Kinésithérapie HASNA KASMI  
Hay Salam, lot Rida N28

cabinetkasmi@gmail.com

DEVIS

N° de DEVIS : 09 101/2024

appt N2 rdc casablanca

Tél. : 05 22 65 80 18

Date de devis: 13124

7<sup>le</sup> 4146

194677

La somme de # 3500 DH

Pour une série de 205 séances de

$10 \times 150 + (10 \times 200) = 3500$

Pour une série de 205 séances

⇒ 105 de Renforcement + 10 de Rééducation

Adressé à Mme Faik Latifa

Sur ordonnance du Docteur Dr Benamur Hamza



INPE: 065057531

TOTAL: 3500 DH

Hay Salam, Lot. Rida N 0 28  
appt. N 0 2 rdc

Haj Fateh - El oulfa -  
Casablanca  
Tél: 0522 65 80 18

ICE:002084819000  
055  
N:CNSS:5945748

Cabinet Kasmi Hasna  
Kinésithérapeute et Physiothérapeute  
Hay Salam, Lot. Rida N° 28 Appt N° 2  
Casablanca  
Tél: 0522 65 80 18 - INPE: 065057531





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة



Code Procédure

Version : 2.0

Date : 24/05/202

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 09/05/2024

41146

FAIK

Latifa

Cabinet KASTI  
Knechtelknechtel et Pignatelli  
Hay Salam, Loc. Rida N° 28 - Casablanca  
N°PE : 06503731  
Tel : 0522 65 80 18

Le ..... / ..... / 2024

: 0668487

Généraliste libéral  
N° de l'opérateur de  
construction de l'ensemble  
- Représentant de l'ensemble  
- Propriétaire  
- Physiothérapeute

Ainsi de l'ensemble/ensemble

BENAMEUR Hamza  
Pr Agrégé en  
Traumatologie Orthopédie  
Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabi, Casablanca - Maroc  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

01/2024

A MUPRAS

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée  
ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01  
Version : 2.0  
Date : 24/05/2022

Le ..... / ..... / 20....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 4146 E-mail : Phones : 0668487546  
Nom et Prénom de l'adhérent : FAIKI LATIFA  
Nom et Prénom du bénéficiaire : FAIKI LATIFA

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. FAIKI LATIFA  
Nécessite :  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : 20 points de rectitude de 2 gènes

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):

Gingivose alvéolaire

Cachet, date et signature du praticien

Hôpital : Université Internationale Cheikh Khalifa  
Pr. BENAMOUR HAMZA  
Professeur Agrégé - Traumatologie-Orthopédie  
121.201

09/01/2024

## 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.