

Nezou 0752  
Tel: 0668 41 92 20.

32814

Casablanca le : 13.07.20

## DEMANDE D'ACCORD

Pour une série de : 30 Séances de : 1h15

- Cervicologies
- Rééducation de l'équilibre.

Au prix de 5100 MA (soit 1 foramen / foramen)

Adressée à M<sup>me</sup> Staline Shohrozad

Durant la période du 13.07.20 au 30.07.20

Sur Ordonnance du Docteur Azmi Hosni

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,  
des muscles et de la colonne  
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل والعضلات  
وأمراض العمود الفقري

N°  
752

Casablanca, le 08/04/2020 في الدار البيضاء

7<sup>e</sup> Sétine  
David Al Modawar  
Shahrazad

Cervicalgies sur

cervicarthrose & contracture très

importante

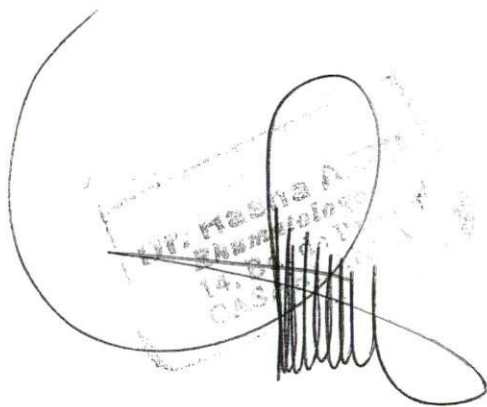
**CENTRE KINÉMA**  
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jabai Saghrou  
Casablanca Tél/Fax: 39.77.70  
A.N. N° 1731

⇒ 15 semaines de

Physiothérapie cervicale

physiothérapie de contractants

renforcement et para-  
vertébral cervical



Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,  
des muscles et de la colonne  
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل والعضلات  
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 08/07/2022 في الدار البيضاء

7<sup>e</sup> Slitine  
Daoud Al Todawar  
Shahrazed

Troubles de marche et  
d'équilibre avec mauvais appui

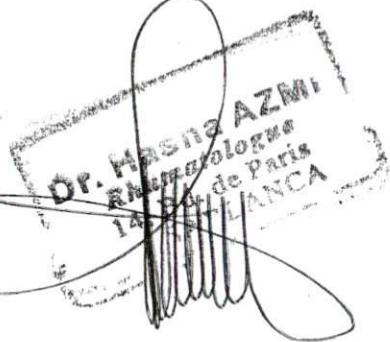
⇒ 15 séances

**CENTRE HASNA**  
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
108, Bd Grand, 16 Rue Jabbal Sagharou  
Casablanca, Tél/Fax: 39 77 70  
AUTW: 1731

Physiothérapie des mb <

< physiothérapie

amélioration de la marche,  
de l'équilibre et de l'appui





**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

75 0752

le ...../...../.....

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

|                                                                                                                        |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| A remplir par l'adhérent                                                                                               |                                        |
| Matricule: <u>0752</u>                                                                                                 | N° de poste: .....                     |
| Nom et Prénom de l'adhérent: <u>SLITINE EL GHARI MY</u>                                                                | N° Tél bureau: <u>✓</u>                |
| Nom et Prénom du bénéficiaire: <u>YAHYI ALIADAXIAL</u>                                                                 | N° Tél domicile: <u>06.68.41.92.20</u> |
| Je soussigné: <u>Mme Leila Ghaleb</u>                                                                                  |                                        |
| Estime que l'état de santé de M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: <u>Mme slitine chahrazed</u>                     |                                        |
| Nécessite: <u>30 séances</u>                                                                                           |                                        |
| Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient) <u>30 Anna</u>                                               |                                        |
| <u>5100 DA (soit 15000 francs)</u>                                                                                     |                                        |
| Une hospitalisation de : (Approximatif).....                                                                           |                                        |
| A: (préciser l'établissement hospitalier) <u>Centre Kinéma</u>                                                         |                                        |
| Stricte confidentialité                                                                                                |                                        |
| Renseignement 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 médecin conseil de la MUPRAS                                                                          |                                        |
| Décision:                                                                                                              |                                        |
| .....                                                                                                                  |                                        |
| .....                                                                                                                  |                                        |
| .....                                                                                                                  |                                        |
| .....                                                                                                                  |                                        |

**CENTRE KINEMA**  
 Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
 108, Bd. Ghannouj, 16 Rue Jaba Saghrou  
 Casablanca - Tél/Fax: 39.77.70  
 A.D.S.N° 1731

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.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

06.68.41.92.20



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

76 0752

le 08/07/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

|                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| A remplir par le praticien                                                                    |  |
| Je soussigné: .....                                                                           |  |
| Certifie que M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: <u>Slitine David Al Fadawar Shahrzad</u> |  |
| Présente <u>troubles de la marche et d'équilibre avec</u>                                     |  |
| <u>limitation du rachis cervical</u>                                                          |  |
| Nécessitant un traitement d'une durée de: <u>Diète thérapeutique au long cours</u>            |  |
| Dont ci-joint l'ordonnance.....                                                               |  |
| (A défaut noter le traitement prescrit).....                                                  |  |

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76



SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52