

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

الدكتوره إلهام سحباني
أخصائية في أمراض العظام
و المفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

198582

ال العمود الفقري
شاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)
التغدية

Casablanca le:

15/02/2024

MME ZOUGAGH NASSERA

Rééducation du rachis lombaire

LOMBALGIE

Physiothérapie antalgique

Massage décontracturant

Après disparition de la douleur :

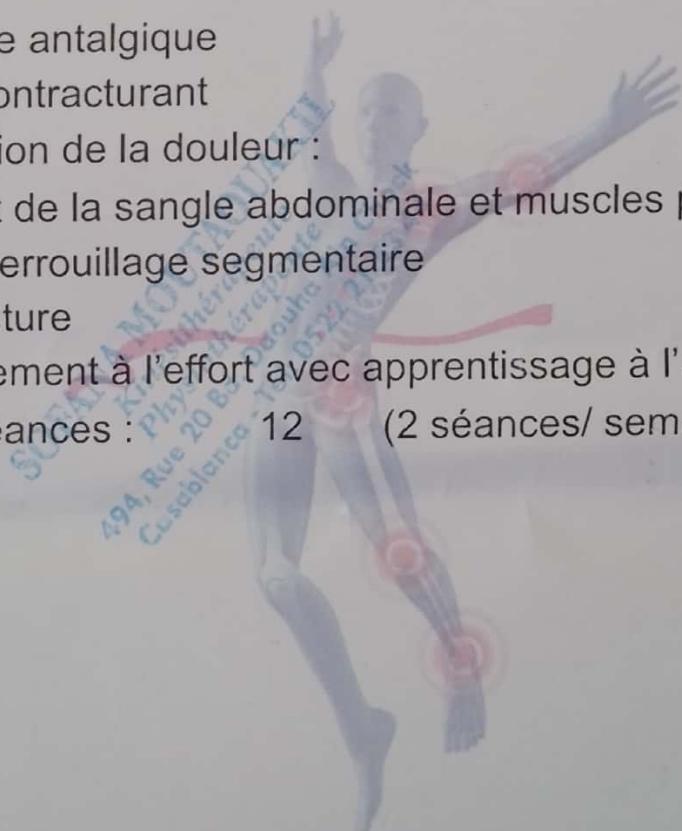
Renforcement de la sangle abdominale et muscles para vertébraux

Apprendre le verrouillage segmentaire

Travail de posture

Reconditionnement à l'effort avec apprentissage à l'auto-rééducation

Nombre de séances : 12 (2 séances/ semaine)



SOFANA MOUTAOUAKIL

Kinésithérapeute - physiothérapeute

V / Ref :

Devis

Casablanca le : 4/3/26

Nom et Prénom : Dr ZAUGAHA Nassere
Médecin traitant : Dr. I. Schbani
Nombre de séance : 12 sé
Nature de la maladie : lombalgie
Prix de la séance : 120DA
Total : 1440DA

*SOFANA MOUTAOUAKIL
Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Casablanca - Tel: 0522 21 53 44*



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-004964

→ **Demande ACCORD**

MUPRAS

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1679**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKKAZENE Nohamed

Date de naissance :

01. 01. 1974

Adresse :

**Satirineaut Zahra Rue 8 n° 1
Air Chok - casablanca**

Tél. :

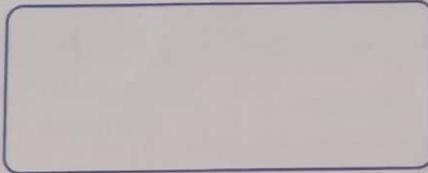
066716 4605

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **Hme Zougagh Noura** Age : **64**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lombalgie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casab**

Le : **04/03/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23- 0004964**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. M. A. T. A. O. U. Kinésithérapeute et Douleur. Am. cho. tel. 0522.21.53.33	4/13/22	125	1700	0	0	166000

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.