



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010466

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : SOM Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rouak MY SMAIL Date de naissance : 28-7-66

Adresse : 4307. Loh AL WARA

Tél : 0668 197673 Total des frais engagés : 300 - 1950 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed DRAOU  
Chirurgien Traumatologique  
38, Av. Chellah, Rés. Ryad Hassan  
Appt. N° 5 - Rabat  
Tél : 06 37 66 16 37/38  
06 37 66 16 37/66  
06 37 66 16 37/66

Date de consultation : 19/06/2019

Nom et prénom du malade : Rouak MY SMAIL Age : 54

Lien de parenté : Ad ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthrose

En cas d'accident précisez 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## RELEVÉ 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
19/06/19			300	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/06/19	AM7				130 x 15
						= 1950 DH
						Fille Nef
						Carte Urgence
						04

**EL MAKKAWI Hamza**  
 Masseur Kinésithérapeute  
 Lot. Najah, Im. C. J. 5ème étage N°1 - Derboua  
 Tél: 0522 57 12 46 045 20 10 47  
 ICC: 0005 20968000038

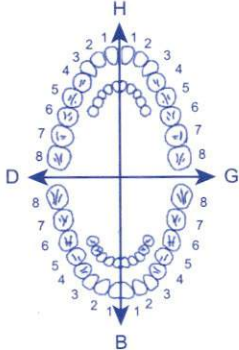
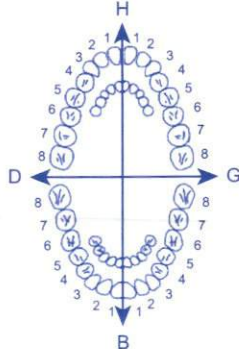
**EL MAKKAWI Hamza**  
 Kinésithérapeute  
 Lot. Najah, Im. C. J. 5ème étage N°1 - Derboua

# PRESTATIONS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la nature de l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**EL MAKKAWI Hamza**

**KINESITHERAPEUTE**  
Kinésithérapie - Électrothérapie  
Gymnastique Médicale  
Massage Médicaux



**المكاوي حمزة**

الترويض الطبي  
المعالجات الكهربائية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

الدروة، في : 21/06/19  
Deroua, le :

**FACTURE**

**N° 000060**

**EL MAKKAWI Hamza**  
Masseur Kinésithérapeute  
Lot. Najah, Im. C, 1er. Etage N°1 - Deroua  
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

Nom et Prénom : **M<sup>r</sup> ROUAK ISMAIL**

la Somme de : **ville Neuf Cent Cinquante Dirhams**

**130 (cm) x 15 (s) = 1950,00 DH**

pour : **15 (quinze) Séances de : Rééducation**

**professant musculaire de gymnastique et Judo-Ju-Jitsu**

**Signature**

**EL MAKKAWI Hamza**  
Masseur Kinésithérapeute  
Lot. Najah, Im. C, 1er. Etage N°1 - Deroua  
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42  
ICE : 000320968000038

مركز الترويض الطبي والعلاج الرياضي المكاوي  
Centre de Kinésithérapie El Makkwawi



Nom : Dr ROUAF

N° Ref : ISMAIL

Nbre : 15 (quize)

R.V. : 3F / 5

P.E.C. : \_\_\_\_\_

EL MAKKAWI HAMZA  
KINESITHERAPEUTE  
TEL : 0645 20 10 42

تجزة نجاح، عمارة C، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة  
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua  
Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42  
E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

**Docteur Abdenbi EL KAMAR**

Professeur en Neurochirurgie  
Chirurgie du Cerveau et de la  
Colonne Vertébrale

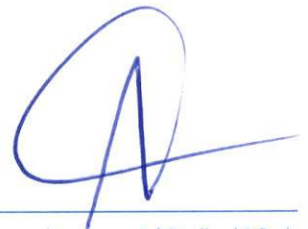
الدكتور عبد النبي القمر  
أستاذ في جراحة  
الدماغ والأعصاب  
والعمود الفقري

Casablanca, le : 13.5.19

M. Anas Ismael

Perturbations  
renforceant musculaire  
du quadriceps / lombaire

15 séances  
3 fois/semaine







**EL MAKKAWI Hamza**

KINESITHERAPEUTE  
Kinésithérapie - Électrothérapie  
Gymnastique Médicale  
Massage Médicaux



**المكاوي حمزة**

الترويض الطبي  
المعالجات الكهربائية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

Deroua, le :

17/05/2011  
**EL MAKKAWI Hamza**  
Masseur Kinesithérapeute  
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage N°1 - Deroua  
Tél: 05 22 51 51 46 - 06 45 20 10 42  
ICE : 000320968000038

Nom et Prénom :

Mr ROUAK ISMAIL

la Somme de :

7116 Nef Out Linguant

Dhars : 130 x 15 = 1950 DH

pour :

15 (quinze)

Séances de :

Reéducation

et renforcement musculaire du genou et de la hanche  
après l'opération de l'ischio-jambier.


**EL MAKKAWI Hamza**  
Masseur Kinesithérapeute  
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage N°1 - Deroua  
Tél: 05 22 51 51 46 - 06 45 20 10 42  
ICE : 000320968000038

تجزئة نجاح، عمارة C، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة  
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42  
ICE N° : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 17/05/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : .....	e-mail : ..... Phones : .....
Nom et Prénom de l'adhérent : .....	
Nom et Prénom du bénéficiaire : .....	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : <u>Hamza ELMAKKAWI</u>	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>Younes ELMAKKAWI</u>	
Nécessite <u>AS (cure) soins de rééducation et renforcement</u>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>et 1000-50</u>	
.....	
.....	
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) :	
.....	
.....	
.....	
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.