



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-582865

66466 CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7528 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANBARI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 265,60 + 305 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/2021

Nom et prénom du malade : ANBARI Fatima Age :

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

Nature de la maladie : affection douloureuse

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 : Casablanca

Le : 07/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-582865

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 :

# 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 Règlement des Actes
10.03.2021	e		e	INP : 09166558

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture	
Dr. BOUJOUR	10/03/2021	265.60 DH	
	13/2021	305.00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

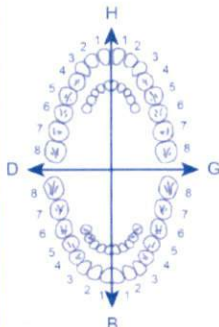
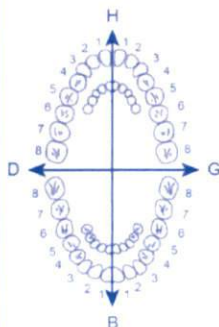
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 10px;"></span>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 30px;"></span>																				
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 30px;"></span>																				
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 30px;"></span>																				
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 30px;"></span>																				
<div style="text-align: center;"> <b>O.D.F</b>  <b>PROTHESES DENTAIRES</b> </div> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 30px;"></span>																				
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25533412    21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000    00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000    00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411    11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>					H			25533412    21433552			00000000    00000000		D		G		00000000    00000000			35533411    11433553			B
		H																						
		25533412    21433552																						
		00000000    00000000																						
	D		G																					
		00000000    00000000																						
		35533411    11433553																						
		B																						
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 30px;"></span>																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> </table>																								
			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 30px;"></span>																					
			DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 30px;"></span>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Centre des maladies & Chirurgie des yeux



# مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou  
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)  
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)  
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux  
Chirurgie des voies lacrymales  
Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie  
OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)  
Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو  
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو  
جراحة مسالك الدموع  
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية  
الليزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

10/03/2021

Casablanca le, .....

ANBARI Fatima

152,50 X2

- VALEX 500 MG cp  
2 comprimé, 2 fois par jour, pendant 7 jours

305,00



Pharmacie des GENERATIONS  
Abdelhak ZALLOUK  
53, Rue Jabor Ibn Hane en Face de la commune  
Sidi Belhout Rd d'Anfa Casablanca  
Tel: 0522 20 73 33 / 0522 20 50 32

LOT 20007  
PERD 09 / 23  
PPV 152 DH 50  
152,50

LOT 10007  
PERD 01 / 22  
PPV 152 DH 50  
152,50

# Centre des maladies & Chirurgie des yeux



# مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou  
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)  
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)  
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux  
Chirurgie des voies lacrymales  
Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie  
OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)  
Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو  
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة باللايزر  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع  
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية  
اللايزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

10/03/2021

Casablanca le, ANBARI Fatima

20.40

- EXOCINE 0,3% COLLYRE (Ofloxacin) fl  
1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 4 jours

- FUCITHALMIC 1% gel opht (Ac. Fusidique)  
1 goutte, 2 fois par jour, dans l'oeil gauche, pen

- GEL-LARMES (Carbomère 974 P) tube de 10g  
1 instillation, 4 fois par jour, dans l'oeil gauche, p

- Théalose 3% collyre  
1 goutte, 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

265.60 DH.

PPV: 40DH40

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville

BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV: 37 DH 20



GEL-LARMES - Gel Opht. Tube de 10 g  
Distribué par COOPES PHARMA  
41, rue Mohamed Diouf, Casablanca  
Pharmacie Responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV: 41.00 DH

PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUADIA  
34, Rue Ibnou Boukroun, Casablanca  
Tel.: 0522 20 90 44

3 662042 003295  
Distribué au Maroc par:  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Boukoura - Maroc  
N° Homologation Maroc:  
1573/2016/DMP/20/DH  
PPV: 147,00 DH