



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-717414

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **163361** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8827** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ANOUAR ZAKIA**

Date de naissance : **21.04.1967**

Adresse : **6 Rue de la Réunion App° 13**

2e Reide Casablanca

Tél. : **0661069172** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04/05/2023**

Nom et prénom du malade : **ANOUAR ZAKIA** Age :

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

Nature de la maladie : **Aponévrosite plantaire bilatérale**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-717414

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Emargement

Matin

Après-midi

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
4/5/23	C.S		G	INP : 08/12/12/134

Dr. Mohamed Zineb EL KHAIK
 Traumatologie-Orthopédie
 105, Bd. 2 Mars Rés Ayman EL Khair
 Casablanca Maroc - Tél: 0522 81 81 16

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
105, Bd. 2 Mars Rés Ayman EL Khair Casablanca TP: 34465339 - ICE: 001860015000084 FAIZ ZINEB Kinésithérapeute CENTRE ORTHOS 105, Bs 2 Mars Rés Ayman EL Khair Casablanca Maroc - Tél: 0522 81 81 16	16/5/23	Dents 6 glances d'onde de choc				3000 DHS

VOLET ADHERENT

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



Groupe de Chirurgie Orthopédique
et de Traumatologie du Sport

Date :/...../.....
04/05/2023

Ordonnance

MME ANOUAR ZAKIA

Dr MAHRAOUI M.A
Chirurgien
Orthopédiste

APONEVROSITE PLANTAIRE BILATERALE
PROTOCOLE DE 6 SEANCES D ONDES DE CHOC.

Dr ACHARGUI . A
Chirurgien
Orthopédiste

Dr BENNANI . F
Chirurgien
Orthopédiste

Dr. Mohamed Amine MAHRAOUI
Traumatologie-Orthopédie
Arthroscopie-Chirurgie du Sport
105, Av 2 Mars - Casablanca - Maroc
Cellulaire : 05 22 81 81 16



مركز جراحة العظام والمفاصل والجراحة الرياضية
Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport

Casablanca le : 16/05/2023

Devis de rééducation

La somme de 3000 DH (500 x 6)

Pour une série de 6 Séances de Rééducation
d'ondes de choc

Adressées à : Amoui Zakia

Durant la période du : 11 Au 11

Sur Ordonnance du Dr Mohamed Mohamed Amine

ORTHOS SCP
105 Bd 2 Mars Rés. Aymane El Khair
Casablanca
TP: 34465339 - ICE: 001860015000084

Cachet et signature

FAIZ ZINEB
Kinésithérapeute
CENTRE ORTHOS
105, Bs 2 Mars Rés Ayman EL Khair
Casablanca Maroc - Tél: 0522 81 81 16