



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

Déclaration de Maladie

N° W21-707256

114258

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent(e)	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Matricule : 08197				
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : RAM		
Nom & Prénom : FATIHI Mohamed		<input checked="" type="checkbox"/> Autre	ex Agent RAM	
Date de naissance : 19.04.1864				
Adresse : Tunis - I. Ben Abdellah - APT. 03 - Résidence Wahida				
Tél. : 0673 26 28 16		Total des frais engagés :	6000,00	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **FATIHI HIBA** Age : **12**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : **12.05.2018**

Signature de l'adhérent(e) :

12.05.2018

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-707256

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 : **08197**

Nom de l'adhérent(e) : **FATIHI**

Total des frais engagés : **6000,00**

Date de dépôt :

RELEVE DES PREAUX ET MONTANTES	
Nombre de Montants	Montant de l'entretien
Date de la fourniture	Date d'émission des factures
	Justificatifs de fourniture des montants
	BP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Ordre de Prescription n° de l'ordre	Date	Montant des factures

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Ordre et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des constitutifs	Montant des honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Ordre et signature du Pharmacien	Date (en Souscrit)	Nombre A.M.	Nombre P.C.	Nombre I.M.	Nombre I.V.	Montant détaillé des honoraires
Mariem Mouakili Orthophoniste Tél: 06 16 26 78 44						
Mariem Mouakili Orthophoniste Tél: 06 16 26 78 44						

VOLET ADHÉRANT

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

Mr. Edward Hume

High School English
High School French
and High School German

83

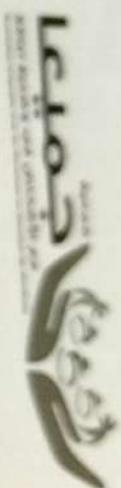
Sept. 10, 1934

Oct. 16, 1934

Tolson

— Mr. Edward Hume

EDWARD HUME



Devis mensuel de prise en charge d'enfant aux besoins spécifiques

Afférent : MOHAMED
Nom Et Prénom : HIBA FATHI
Assurance : MUPRAS
Date De Naissance : 27/03/2010
agnosticité : TRISOMIE 21

Nombre de séance par 3 mois : 30 séances d'orthophonie

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 16.02.2022 à 16.05.2022

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs.

Signé : la présidente de l'association

Mastam Mouakki
Orthopédiste
Tél: 06 16 28 78 44

Mr. Edward Hume

High School English
High School French
and High School
Literature

83

Sept. 10, 1934

Sept. 16, 1934

Tolson's
R. 2

— Mr. Edward Hume
— Mr. Edward Hume

EDWARD HUME