



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

W21-831151

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **198439** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **9634** Société : **RAN**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **EL MOUNTAF YOUSSEF**

Date de naissance : **11/08/1971**

Adresse : **164 CITE EL HOURIA ROHANNEDIA**

Tél. : **0661052136** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **EL ACHMANTOF Israa** Age:

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

Nature de la maladie : **Anchovhi**

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 : **Casablanca** Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-831151

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 : **9634**

Nom de l'adhérent(e) : **EL MOUNTAF**

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 Paiement des Actes
08/03/2024		cs	300,00	

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Dr ISRAË EL CHAANTER

- Test aux synacthène
aux 17-OH2.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant Dr. Soukaina
Endocrinologie et maladies métaboliques
091202213



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

08/03/2020

Je soussigné,

Professeur Assistanat LALOU
Endocrinologie et maladies métaboliques

certifie,

que Mlle OUM CHA NTOR Israël

présente une irrégularité du cycle avec

à l'âge de 17 ans le début de la

nécessitant un test au synacthène,

ce certificat est délivré à l'insu de

personne et vaut ce qu'il dit

Professeur Assistanat LALOU
Endocrinologie et maladies métaboliques