



**MUPRAS**

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

# Declaration de Maladie

N° W19-430684

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12825 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAGGANI Zineb

Date de naissance : 14/06/88

Adresse :

Tél. : 2421 Total des frais engagés : 500,00 DH.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/07/2019

Nom et prénom du malade : LAGGANI ZINEB

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie de la peau

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie de la peau

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 12/07/19

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

## RELEVE 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
06/07/19	Cl		500,00dh	INP : 109116887 CLINIQUE TERRADA OASIS Tunis - Casablanca - Anzarene - Maârif Bouabda Ali QBDGHIRI Hépato-Gastro-Estérosoqu Tel: 0522251712 Fax: 0522251712 Casablanca - Tel: 0522251712

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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.

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 08-07-2019

**Facture N° 11966/19****A. Identification**

N° Dossier : 19G0816210

N° Identifiant : 010009/19

**Nom & Prénom : Mme LAGSIMI ZINEB**

C.I.N : BE811535

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant****D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 08-07-2019

Date Sortie : 08-07-2019

Médecin traitant : DR . OUDGHIRI ALI

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					0,00
	<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
1	DR. OUDGHIRI ALI (GASTROLOGUE)		500,00			500,00
	<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>				Total Rubrique :	<b>500,00</b>
						500,00
				<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>500,00</b>

CINQ CENTS DIRHAMS

**Cachet et Signature**

CLINIQUE JERRADA OASIS  
113, Ave. Abderrahim Bouabid  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 23 81 81 - Fax: 05 22 23 81 82