



# MUPRAS

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

## Declaration de Malade

N° W19-430684

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12825 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGSNI Zineb

Date de naissance : 14/06/88

Adresse :

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*avoir intérêt*

Date de consultation : 07/07/2019

Nom et prénom du malade : 14 JUL 2019 Age :

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

Nature de la maladie : Du diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

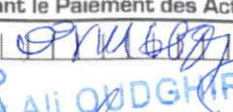
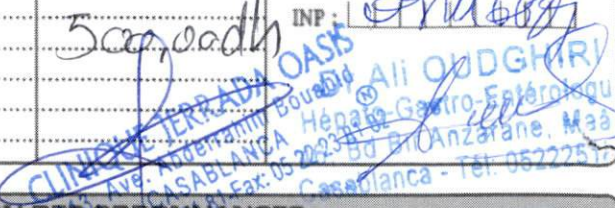
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at: médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

# 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
05.07.19	CL		500,00dh	INP:  

## 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 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.

# 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 ZNEB

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
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. OUDGHIRI ALI (GASTROLOGUE)		500,00			500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						500,00

CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

