



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0054218

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1360 Société : RAM 131826

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAFI Abdouahim

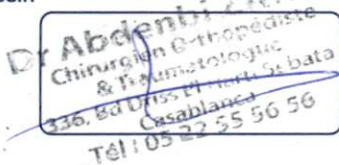
Date de naissance : 30 10 53

Adresse : N

Tél. : 06 70 86 55 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUSSAFI Abdouahim Age :

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

Nature de la maladie : Goutte à la cheville

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 : 22 / 08 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-054218

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 : 1360

Nom de l'adhérent(e) : MOUSSAFI

Total des frais engagés : 150 + 150 + 32360

Date de dépôt : + 30 DA

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
08/09/22	C2		323,60	Dr. Abdenbi ZAHAR Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue 336, Bd El Mostafa, Casablanca Tél: 05 22 55 56 56
02/09/22			30,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHOFRANE Rue 2 N° 116 Bloc (C) Casablanca	08/09/22	323,60
	02/09/22	30,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie Laboratoire	22/09/22	2,1 ✓	159,1

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

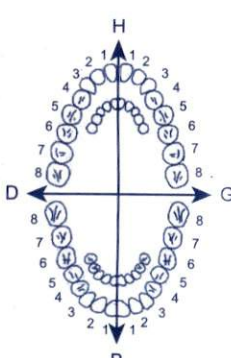
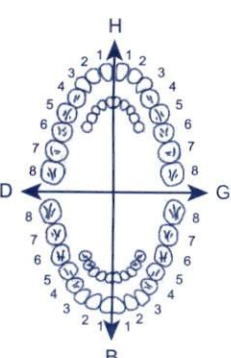
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ——— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOUSSEAFER
 M. Benmouh

Casablanca, le 08/09/12

370
 1/ Acelkino CP
 1 - 1 - 1

1390
 2/ Amcuflex (bte de 60)
 1 - 2 - 1 (x15j)

5280
 3/ Praxal-domp gel (14j)
 1 gel

5480
 4/ New Res warm up
 1cp - 1cp - 1cp

323.60

PHARMACIE BLOC "C"
 GHOFRANE
 Rue 2 N° 116 Bloc (C)
 Q Al Qods Sidi Bernoussi
 Casablanca

Dr Abdelhaziz ZAHAR
 Chirurgien Orthopédiste
 & Traumatologue
 81, Bd. D'El Hachmi Sidi Bata
 Casablanca
 Tél : 05 22 73 56 56

Bd Bensaid salah mohamed May El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

re

4452 Irigien, S.
Schloss Benggen &
Einfelden/R.

LOT
EXP

LOT
EXP

37.00

PPV: 52DH80
PER: 06/24
LOT: L1070-2

ABOU SAFA
Abdelhak

Casablanca, le

19/09/12

Doltrom

30,00

PPV 30DH00
PER 06/25
LOT 11957



PHARMACIE BLOC "C"
GHOFRANE
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Q Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Dr. Abdelhak ZAHAR
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
SIDI BERNOUSSI

وصفة ORDONNANCE

Noussair
Abdelmalik

Casablanca, le

08/09/2022

Rx genm dent
F+P

Dr Abdenbi ZAHAF
Chirurgien, Rhéopédiate
& P. Orthopédie
336, Bd Driss el Khatib
Casablanca
Tél: 05 22 55 50 50

Bd Bensaid salah mohamed Hay El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

RADIOLOGUE : DR.

Nom : MOUSSAFIR

MEDECIN DEMANDEUR
DR

Prénom : ABDERRAHIM

DATE : 22/09/2022

EXAMEN RADIOLOGIQUE **Rx : GENOU DT**

RESULTAT

- Pincement du compartiment interne de l'interligne articulaire femoro-tibial ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000000 IF: 1602058



N° IPP : 607433		N° SEJOUR : 220036697		FACTURE N° 2202014354		DATE D'ENTREE : 08/09/2022		DATE DE SORTIE : 08/09/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MOUSSAFIR, Abderrahim							
MALADE : MOUSSAFIR, Abderrahim											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	

Intervenant : 99979 DR. ZAHAR ABDENBI		TOTAUX :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00	REGLE :		150.00		AVOIR :
				RESTE DU :		0.00					
DATE FACTURE : 08/09/2022		EDITEE LE : 08/09/2022		PAR : GHAILA		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :					
						DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI					
						BANQUE : BMCE - BERNOUSSI					
						N° compte bancaire : 011780000049210006006888					



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 607433		N° SEJOUR : 220038998		FACTURE N° 2204014185		DATE D'ENTREE : 22/09/2022		DATE DE SORTIE : 22/09/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MOUSSAFIR, Abderrahim							
MALADE : MOUSSAFIR, Abderrahim											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES DE RADIOLOGIE						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE		TOTAUX :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
				REMISE :		0.00	REGLE :		150.00	AVOIR :	
				RESTE DU :		0.00					
DATE FACTURE : 22/09/2022		EDITEE LE : 22/09/2022		PAR : GHAILA		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
						BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI			
						N° compte bancaire :		011780000049210006006888			