

**POINTS IMPORTANTS A LIRE POUR
VERSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

être dûment renseigné.
être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
en série.

Précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

obligatoirement jointes aux ordonnances.

Signature de la pharmacie doit être jointe.

Analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
de remboursement.

ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

sont à joindre à la feuille de soins.

est exigée avant le début des séances de

à la feuille de soins.

feuille de soins est

us les 6



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- 0020592

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1962

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ahmed Derrin

Date de naissance : 31/10/1998

Adresse : SS Hay Salam Benoukha

Tél : 06 95 12 34 95

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

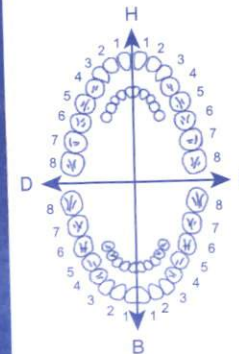
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie de la Famille</p> <p>Dr. EDEBAKECH Hanane</p> <p>N°4, Hay Oudmane - Bouznika</p> <p>Tel : 0537 74 55 51</p>	28-02-23	81,20
	062037387	

[illegible][illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traite

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERM		



Pharmacie de la famille
Dr. Hanane Eddakhch

N^o Dolci Uh-red

Bouznika : le... 28.02.23

[illegible]

de la présente facture a la somme de la Cinq cent vingt six Euros

Signature et cachet

Signature et cachet

Pharmacie de la Famille
Dr. EDDAKKICH Housseine
N°4, Hay Othmane - Bouznika
Tél : 0537 74 55 51

N°4 Hay Othmane Bouznika-tél 0537.74.55.51
Patente N° 39809470 / RC N° 7680 / ICE : 001708011000025



18,50