



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0046119

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

(5668)

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GHAMMARI MOHAMMADI

Date de naissance : 28/12/51

Adresse : Lot GYMER Rue 5, N°5 OASIS
CASABLANCA

Tél. : 0661419162 Total des frais engagés : 2690,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA FATIMA ZAHRA
Chirurgien Dentiste
12, Rue Oumaima Saïh, Appt N° 4, Imm Adib
2e Etage, Qu. Racine - Casablanca
094182755

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL HASNAOUI Leïla

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age : 67

☐ Enfant

Nature de la maladie : Extraction

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 : 17 / 09 / 19

Signature de l'adhérent(e) :


AS



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/09/19	T = 190,60 DH

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	