

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
DES FRAIS DE SOINS PAR LA MUTUELLE NATIONALE DES ARTISTES A  
L'ADRESSE DES HOPITAUX MILITAIRES DU ROYAUME**

Nom et prénom de l'adhérent : .....  
Adhésion N° : .....  
N° C.I.N. : .....  
SIN N° : .....

**Bénéficiaire :**

<b>Lui ou Elle-même</b>
<input type="checkbox"/>

<b>Conjoint</b>
<input type="checkbox"/>

<b>Enfant</b>
<input type="checkbox"/>

**Nature de l'acte à prendre en charge :**

**1. Soins externes :** .....  
.....  
.....

**2. Hospitalisation en médecine :**

\* Nature de la maladie et motif d'hospitalisation : .....  
.....  
.....

\* Durée prévisible en jours : .....

**3. Hospitalisation en chirurgie :**

\* Nature de la maladie et motif d'hospitalisation : .....  
.....  
.....

\* Acte à prendre en charge : .....  
.....

\* Cotation suivant le Tarif National de référence en dirhams : .....

\* Montant prise en charge par la M.N.A. 90%. Soit la somme de .....Dirhams

**Cachet et signature du médecin traitant**

**Cachet et signature du Médecin Conseil de la M.N.A.**

**Décision du Directeur de la Mutuelle Nationale des Artistes**

**Prière de joindre la présente P.E.C à la facture y afférente.**