



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

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

☐ ADHERENT ☐ CONJOINT ☒ ENFANT

Photo

Nom : BENZIEKRI Prénom : OTMANE

Matricule : 2659 Date de naissance : 28.02.2006 Sexe : - M -

Date : _____ Médecin : _____

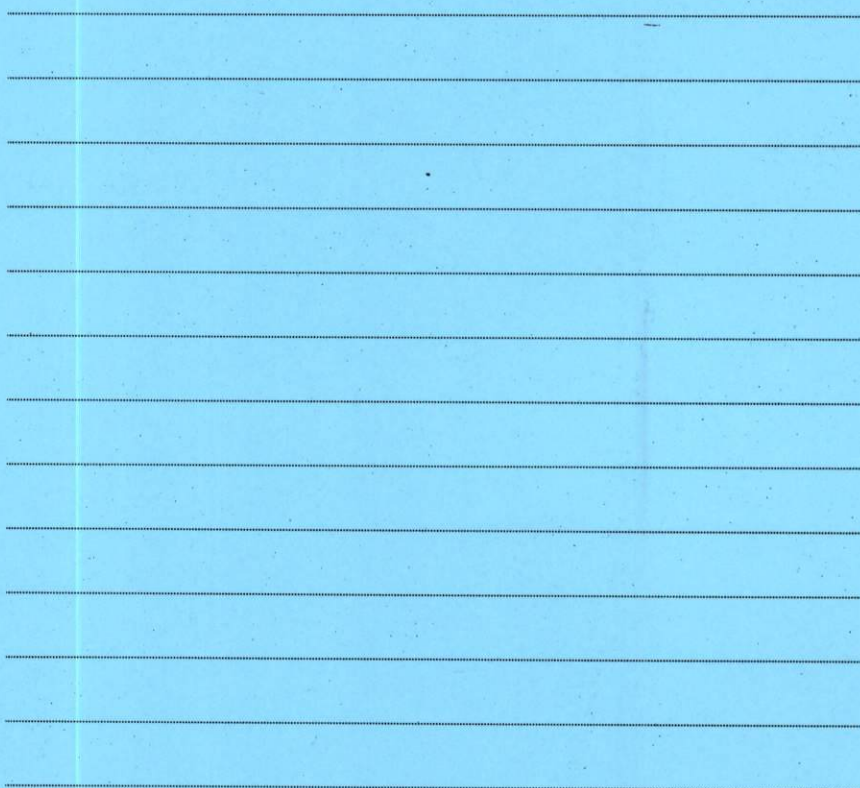
Ex. clinique : Poids	_____	Urines	[A _____
Coeur	_____		[S _____
T.A.	_____	Hernies	_____
Ap. resp	_____	Râte	_____
Ap. dig	_____	Varices	_____
		Réflexes	_____

Ex. complémentaires : _____

Antécédents : _____

ACCORD MUPRAS : _____


OBSERVATIONS :

[illegible]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
	4	6 obt	D 15	<input type="text" value="D 84"/> Montant des soins <input type="text" value="#2000,00"/> Début d'exécution <input type="text" value="17/06/19"/> Fin d'exécution <input type="text" value="24/06/19"/>
	1	6 obt	D 15	
	3	6 M + obt	D 25	
	2	6 M + obt	D 25	
	1 R	retro alv	D 4	
<div> <div>O.D.F. Prothèses dentaires</div> <div> </div> </div>				
Détermination du coefficient masticatoire H 36,26 D 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553			Coefficient des travaux <input type="text" value="ob"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>	
<div> <div> Viss et cachet du praticien attestant le devis </div> <div> Dr. TAIB EL KETTANI Med. Chirurgien Dentiste 37 Square Ouhana Anglo Bd. M.V. Youssef CASA Tel: 47 35 2 </div> </div>				
VOILET ADHERENT		NOM : OTHMAN D 84		Mle 02659
DECLARATION N°		W17-104303		2000,00
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes
19.09.19		Totalement		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	W17-104303	DATE DE DEPOT 19 / 09 / 2019
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 02659
Nom & Prénom BENZEKRI JAMAL		Signature de l'adhérent
Fonction RETRAITE	Phones 0668592927	Signature de l'adhérent
Mail benzekri.jamal@gmail.com		
MEDECIN		
Prénom du patient OTHMAN		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 28.09.2006	Date 24.06.2019
Nature de la maladie Soins dentaires		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident. Causes et circonstances		
Nature des actes		Nbre de Coefficient
Montant détaillé des honoraires		Signature et cachet du médecin
PHARMACIE		Date
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV	CACHET	