

**CONVENTION DE TIERS PAYANT**

Entre

**5085**

L'Ordre National des Médecins Dentistes du Maroc (O.N.M.D.)

Et

La Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales (M.U.P.R.A.S)

**Formulaire d'adhésion**

N° d'Ordre: 5085

Nom & Prénom: Othmani Chaimaa

N° CNI: 11362569

Mode exercice :



Individuel



Association : (nom prénom du médecin dentiste).....

Adresse Professionnelle: 12d APA Zhan au 1er étage du n°58 Lot 403e

Ville: Casablanca Hay APA Zhan Sidi Bernoussi

Tél: 0522 16 7558

Fax : .....

GSM: 0629 12 7266

Adresse email: cabinetdentaireOthmani@gmail.com

RIB BANCAIRE avec 24 caractères : (joindre RIB ou attestations bancaire)

**Déclaration sur l'honneur :**

Je soussigné(e) Dr. Othmani Chaimaa déclare sur l'honneur avoir pris connaissance des clauses de la convention signée entre le O.N.M.D Et la M.U.P.R.A.S et m'engage à les respecter

Aval du C.R.O.N.M.D

Signature & Cachet du praticien



Formulaire à remplir et à renvoyer par email au [crsudmd@gmail.com](mailto:crsudmd@gmail.com) ou par fax au +212 (0) 522 313 675



## Attestation du RIB

**COMPTE** : 100199537

**CLIENT** : 132264

**Numéro de compte** : 100199537

**Nom du client** : Mme OTHMANI CHAIMAA

**Agence** : AGENCE GHANDI

**Catégorie** : CAV Particulier Locaux

**Intitulé** : Mme OTHMANI CHAIMAA

**RIB** : 366780013226410019953740

**Monnaie** : MAD

