



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

Déclaration de Maladie

N° P19-051793

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique 149197

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 110143

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BOUAFIA ZAKIA

Date de naissance : 18/10/74

Adresse : 73 ABOU ISHAQ EL MAROUNI APT 4

ET 63 NAARIF CASA BLANCA

Tél. 0697371206

Total des frais engagés : 6300,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/02/2023

Nom et prénom du malade : BOUAFIA ZAKIA

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : sans autres

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-051793

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute

réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant de des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Signature et signature du Pharmacien ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Signature et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V

- VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DE FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent

l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

TC (17, 13, 21, 22)

traitement canalaire

700 x 4 = 2800

20 x 4 = 80

Repose sur traitement canalaire

16 - 15

20 x 2 = 40

4 dents fuyes = 172

Surimpression

200 = 1000

COEFFICIENT DES TRAVAUX

6300

MONTANTS DES SOINS

6300

DEBUT D'EXECUTION

16/05

FIN D'EXECUTION

16/05

COEFFICIENT DES TRAVAUX

6300

MONTANTS DES SOINS

6300

DATE DU DEVIS

16/05

DATE DE L'EXECUTION

16/05

PROTHESES DENTAIRES

D.D.F

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

21433552

00000000

00000000

D

00000000

00000000

35533411

11433553

G

B

00000000

00000000

11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

H

25533412

21433552

00000000

00000000

D

00000000

00000000

35533411

11433553

G

B

00000000

00000000

11433553

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11043

Société :

ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOUDAGAF ZAKIA

Date de naissance :

18/10/74

Adresse :

73 ABOU ISHAQ EL DAROUNI ET 63

APTH TAARIF CAABLANCA

Tél.

06-97371906

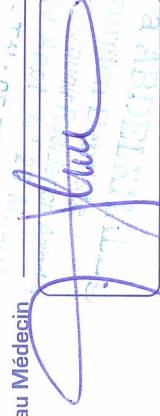
Total des frais engagés :

57750,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/07/2023

Nom et prénom du malade :

BOUTAF ZAKIA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse dentaire

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) :

VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie

M22-0008234

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute

réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

2.50

[illegible]

D'EXEC				
--------	--	--	--	--

[illegible]

25533412	21433552	DEST R
----------	----------	--------

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION