

Important :

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	
	1 8	Cooproc	1/10	
	1 7	Cooproc	1/10	
	1 6	Cooproc	1/10	
	2 8	Cooproc	1/10	
	2 8	Cooproc	1/10	
	3 6	Cooproc	1/10	
	3 7	Cooproc	1/10	
	4 7	Cooproc	1/10	
	4 6	Cooproc	1/10	
	2 7	Cooproc	1/10 + 1/12	
	(2 7)	Cooproc	1/12	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

114

MONTANTS DES SOINS

2280,00

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

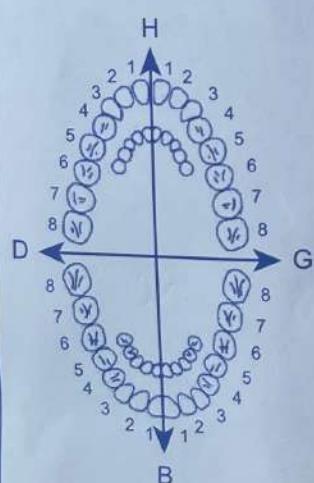
H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Avenue du 30 Novembre 1955 Casablanca
Tél: 0522 90 98 55 - 0522 91 50 89

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- 0036100

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

11063

Société :

RAY.

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

DOUADI AAIL

Date de naissance :

09/09/72

Adresse :

104, Rue OUIJOUANE N°2

Beautejew CASA

Tél. :

06 69 395 466

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TOUIJAJ Rachid

Chirurgien Dentiste

Angle Bd Abderrahmane et Rte

d' Azemmour N°6 - Casablanca

Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation : 01 / 03 / 23

Nom et prénom du malade : Douadi DERYEM Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie 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 :

CASA

Le : 03 / 03 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0036100

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 :

11063 JNTOUJ