
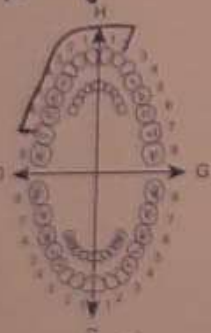


spécies à reconnaître par l'acheteur(s)

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="622 996 850 1149"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25500412</td> <td>21430552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35500411</td> <td>11430553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25500412	21430552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35500411	11430553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																			
25500412	21430552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35500411	11430553																		
B																			
Bridge 	(Création, remont, adjonction) Fonctions: Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS															
	retention d'un bridge 21/12/12 18.13 14.15 16.17 21 et 22			DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

UPRAS

Union de Prévoyance
Actions Sociales
Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0049497

ARC

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

réservé à l'adhérent(e)

1022

Société :

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

M. AGNAN Halima

18 Résidence EL Kaysoua I.M.H. 114 APT. N°6

ALAH ELI

26.36.79

Total des frais engagés :

Dhs

réservé au Médecin

in :

Docteur SAADI
Chirurgien Dentiste
82, Rue Sociale 1^{er} Etage Apt. 1
Paris Extension Casablanca
26 36 78

ion :

u malade :

M. Adnan Halima Ep. Abad

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

lie :

Prothèses Dentaires

irée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

Préciser les causes et circonstances :

lie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention :
tuelle.

pour l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare
l'absence de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

rent(e) :

IERENT

die M22-0049497

découpez le et conservez le.

le présenter pour toute

te.

par l'adhérent(e).

Matricule :

1022

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

sur le Météorisme
des Astres

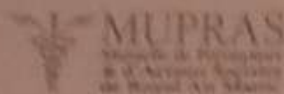
100

e détaillé
normales

US

HALIMA ADNAN 04/01/2023 10h33m10





13 Mars 2023

EL YOL AMFA
BOUHAIB
CASA, 20000
MARRAKECH

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0001032_1948-04-25_HALIMA
N°REF : 20230000020300
Adhérent : ADNAN HALIMA

Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de BOUCHAIB ABAD.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 9709.56 MAD
- Restant à charge adhérent : 2157.84 MAD


Validité de prise en charge : du 01-03-2023 au 01-06-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah, 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage, Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à BOUCHAIB ABAD.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITES :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIS (24 chiffres) du prestataire.

