



MUPRAS

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

DECLARATION DE MALADIE

N° W21-790422

156733

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08658 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJI EL MEKKI

Date de naissance : 07/12/1970

Adresse :

Tél. : 0666 291541 Total des frais engagés : 3600,-

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Gajmoula AJEF
Chirurgien Dentiste
Tél: 0528.99.29.72
Laâyoune

Date de consultation : 05 Avri 2023

Nom et prénom du malade : Naji Mohamed A wab. Age : 17ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Caries dentaires

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'at
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Laâyoune

Signature de l'adhérent(e) : Le : 05 nov 123

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-790422

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 08658

Nom de l'adhérent(e) : E. NAJI

Total des frais engagés : 3600,-

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INF : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INF **114196322**

3 6 0. Couronne Duo

3 2 0. Couronne Duo

4 4 0. Couronne Duo

3 3 0. Couronne Duo

3 4 0. Couronne Duo

4 3 0. Couronne Duo

4 4 0. Couronne Duo

Débridage Duo

Débridage Duo

COEFFICIENT DES TRAVAUX **0360**

MONTANTS DES SOINS **3600**

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Travailleur nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

Dr. Gajmoula A.J.E.F.
Chirurgien Dentiste
Tél: 0528.99.29.72

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE