



MUPRAS

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

DECLARATION DE MÉDECIN

N° W21-790422

156733

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08688

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAJ / EL MOKRI

Date de naissance : 07/12/1970 -

Adresse :

Tél. : 066291541

Total des frais engagés :

3600,-

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Gajmoula AJEF
Chirurgien Dentiste
Tél: 0528.99.29.72
Laayoune

Date de consultation : 05 Avril 2023

Nom et prénom du malade : Naj / Mohamed A. Wab.

Age: 47 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Caries dentaires.

Enfan

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Laayoune

Le : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 : 08688

Nom de l'adhérent(e) : NAJ

Total des frais engagés : 3600,-

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	3 6	O. coronaire	Duo
	3 7	O. coronaire	Duo
	4 6	O. coronaire	Duo
	3 3	O. coronaire	Duo
	3 4	O. coronaire	Duo
	4 3	O. coronaire	Duo
	4 4	O. coronaire	Duo
		Détartrage	Duo
		Détartrage	Duo

INP 114196322

COEFFICIENT DES TRAVAUX

0360

MONTANTS DES SOINS

3600

DEBUT D'EXECUTION

17/02/2012

FIN D'EXECUTION

17/02/2012

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	28533412 21433562
	00000000 00000000
D	00000000 00000000
	35533411 11433553
B	
(Création, remont, adjonction)	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	
11433553	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

0360

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

17/02/2012

DATE DE L'EXECUTION

17/02/2012

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. Gajmocza AIEF
Chirurgien Dentiste
Tél: 0528.99.29.72

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE