

Déclaration de Maladie

N° W21-795631

158220

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

2372

Société :

Ram.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom :

Bouzed Abdellouahed

Date de naissance :

06 01 1953

Adresse : 262 Bd. Yacoub El Mansour 1437 Neu 10 Chouaib
Casablanca.

Tél. : 0663039901

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. RAISSEOUNI Nouha
Rhumatologue
262 Bd. Yacoub El Mansour. 1er Etage N°10
tél: 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 34
INPE: 091091314

Date de consultation :

06/06/83

Nom et prénom du malade :

BOUZED Abdellouahed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lombalgie droites

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.

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.
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-795631

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, facteur important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse ou de
pratique en indiquant la nature des traitements.

JOURNAL OF

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de
certaines malformations.

Q.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Apparatu
Volgstest
Suprême

VISA ET CACHE
Dr HANS ALI EL KRAMI OUAFAE
CHIRURGIEN ENTISTE
235, Bd. Yacoub El Mansour Casablanca
2ème Etage 05 22 94 08 54
Tel: 05 22 35 14 81 Fax: 05 22 94 08 54
ICE: 0018160000000011 F: 43815905

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

3/4/2023

DATE DU
DEVIS

D₂₄₀ -

4000 DA

MONTANTS DES SOINS

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 31/12/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2792

E-mail : hansali.m.krami@gmail.com Phones : 0603039902

Nom et Prénom de l'adhérent :

Bouzid Aïda

Nom et Prénom du bénéficiaire :

Moi même

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr EL KRAMI HANSALI OUAFAE

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Bouzid Aïda ELMOUNTIM.

Nécessite un appareillage fonctionnel dentaire à l'arcade supérieure.

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) D240

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier) ...

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil et la MUPRAS):

Edentaturi bilatérale à l'arcade supérieure.

achet, date et signature du praticien

Dr HANSALI EL KRAMI OUAFAE
CHAMPS DENTISTE
235, Bd Yacoub El Mansour Rés. Al Anfal
2ème étage - Casablanca
Tél: 0522 14 83 - 0522 94 08 54
ICE: 02181600000045 - F: 43805905

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

cision :

cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour
MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.