



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

Déclaration de Maladie
M22- 0058682

 Maladie Dentaire Optique Autres

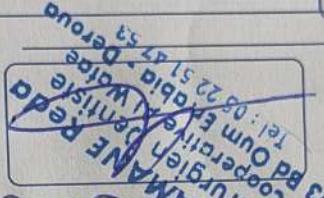
161465

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01164 Société : RAM Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : MOUATASSINE NahamebDate de naissance : 20/06/1951Adresse : L.G. EL WAFA H.N° 22 DEROUATél. : 0673.14.00.87 Total des frais engagés : 4600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/5/23 Age :Nom et prénom du malade : BAKDIO Kader Conjoint EnfantLien de parenté : Lui-mêmeNature de la maladie : CysteAffection 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.

Le : 19/5/23Fait à : RAM
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]**VOLET ADHERENT**Déclaration de maladie **M22-0058682**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 : 01164
 Nom de l'adhérent(e) : MOUATASSINE
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

et signature du Médecin tant le Paiement des Actes

de la Facture

Montant des Honoraires

**Montant détaillé
des Honoraires**

niture de tous

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 de l'ODF.

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <p>[Création, remontée, amélioration] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession</p> <p><i>Cette demande de devis est destinée à un dentiste et non à un chirurgien-dentiste.</i></p> <p><i>Dr NATHAN REBOUD</i> <i>Chirurgien-Dentiste</i> <i>Co-Praticien</i> <i>93 Bd Oum el Bouaghi</i> <i>1er étage</i></p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	D	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>3600 N</i></p> <p>MONTANTS DES SOINS <i>D 180</i></p> <p>DATE DU DEVIS <i>10/09/2023</i></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <i>10/09/2023</i></p>
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B	D											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NAAMANE Reda
Chirurgien Dentiste
Cooperative Al Waad
93 rue Oum El Farabia - Deraouia
Tunisie 1022 31 47 51

9/2

