

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**Déclaration de Maladie****M22- 0048782**☐ Maladie☒ Dentaire☐ Optique☐ Autres**160192**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11674

Société : RAM

☒ Actif☐ Pensionné(e)☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSSIF ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661210211

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Salima ZOHRI

Chirurgien Dentiste

165 Boulevard de Bourgogne

Tél. 052 6 37 79 - Casablanca

Date de consultation : 08 / 05 / 23

Nom et prénom du malade : MOUSSIF ABDELLAH

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même☐ Conjoint☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins et Pathologies Dentaires

Affection 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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHERENTDéclaration de maladie **M22-0048782**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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

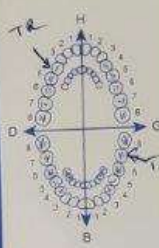
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	14	TR	D15	D40
	37	TR	D25	
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION



D.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 05533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession 14 : Ic + cm D 40 + 180 37 : Ic + cm D 40 + 180	D440
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. S. B. B.
CHM - Clin Dentiste
25, rue de Bourgogne
33000 - 46 97 72 - Casablanca

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

