



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-729325

162077

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12941 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BASRI YOUNESS

Date de naissance : 09.10.1973

Adresse : Residence Anteloursis, Jbn 78, App 18
Bd Anoual, Cas

Tél. : 0660 16 41 05 Total des frais engagés : — Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. FODDA Mariam
Chirurgien Dentaire
52, Lot. Ansari Dar Bouazza - CASA
Tél: 05 22 29 28 65 / 06 66 06 02 76
T.N.P.E: 094015344
2000088

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/05/2023

Nom et prénom du malade : BASRI YOUNESS Age : 8

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dev's ODF Gromphre

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pl 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 : CASA Le : 22/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-729325

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 :

AUTORISATION C.A.P. N°

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Montant des Honoraires
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	

AUXILIAIRES MEDICAUX					Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			
		A	M	P	

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 traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
INP : 096045344				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
		MONTANTS DES SOINS		
		DEBUT D'EXECUTION		
		FIN D'EXECUTION		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
Dents : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession traitement orthodontique 65 ans		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX		0,54
		MONTANTS DES SOINS		21000,54
		DATE DU DEVIS		22/05/2013
		DATE DE L'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN			VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS Dr. FONGIEN MARIAM Chirurgien-Dentiste 52, Lot Ancard - 93008 Tél. : 01 47 09 52 10			VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dr. FONGIEN MARIAM Chirurgien-Dentiste 52, Lot Ancard - 93008 Tél. : 01 47 09 52 10	



CLINIQUE DENTAIRE FODDA

Casablanca, le 22/05/2023

Devis d'honoraires

Patient : ODF basri ines

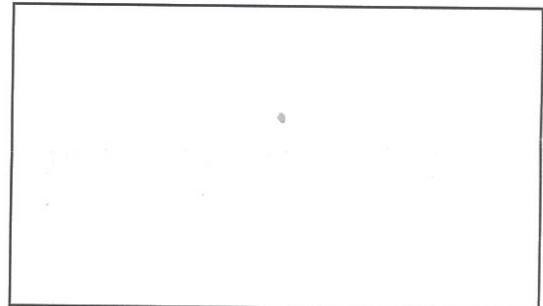
Dent	Acte	Honoraire
1848	Traitement ODF 6 SEMESTRES CONVENTIONNEL	21 000,00
TOTAL		21 000,00

Somme arrêtee à : vingt un mille dirhams

CENTRE DENTAIRE FODDA



Signature du patient ou du tuteur légal



Note : Le patient (ou le tuteur légal) reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement et avoir été informé sur la procédure de maintenance.