

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

N° W21-774655

PEC-D**161315** Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricole

12547

Société

Royal Air Maroc

 Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom

EL FOULANI Kabil

Date de naissance

09/02/1985

Adresse

RES LES CHAMPS OU APPT B12 ENNASSIM
CASABLANCA

Tél.

06 61 16 69 37

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation

Nom et prénom du malade

EL FOULANI KABIL

Age

Lien de parenté

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie

Devise Dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p/confidential 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 : CASABLANCA

Le : 18/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-774655

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricole :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitee. Toute pratique en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
ODF PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433551</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>35533411</td> <td>11433551</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prothese</p> <p>Devis bon Bandeau 35CM 14,16,18</p>			H	25533412	21433551	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	H	35533411	11433551	D			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 018023
H	25533412	21433551																				
D	00000000	00000000																				
B	00000000	00000000																				
H	35533411	11433551																				
D																						
B																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 9000,00																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/> 18.05.2023																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr H.M GASSY
CHIRURGIEN DENTISTE
JAMILAS RUE 145 n°6 1^{er} étage
TÉL 37.96.87 - CASP

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

F

