



**MUPRAS**

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

# Déclaration de Maladie

N° W21-802253

Maladie  Dentaire  Optique **163154**  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08657 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : MOUTAOUAKIL ABDEBRAHMAN

Date de naissance : 29/01/1971

Adresse : LOT EL MANAR Rue 1 N°82 CASABLANCA

Tél. : 0669080032 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur AOMAR LATRACH**  
Chirurgien-Dentiste-Implantation  
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale  
Sidi Maarouf 6 Av. Farouki Rahali  
N°173 Casa - Tél.: 05 22 80 99 27

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : MOUTAOUAKIL ABDEBRAHMAN Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : prothèse dentaire

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 : CASABLANCA Le : 31/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : X

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-802253

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

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

### 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
	30/05/13	Rx panoramique	20012r

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est ent... conditionné par la fourniture de tous

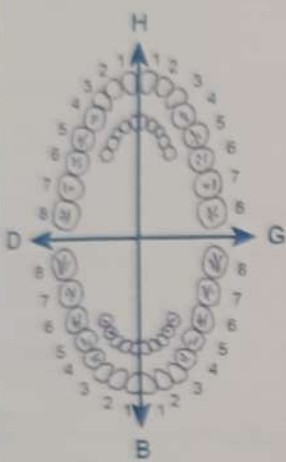


## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">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</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text" value="2 D 200"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text" value="6000,00 F"/>														
	<p style="font-size: 1.2em;">Bridge ceramo- métal sur la 15/16 2 D 200.</p>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text" value="30/05/2008"/>														
	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>															
	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>															
	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>															
	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>															
	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>															
	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AOMAR LATRACH

Chirurgien-Dentiste-Implantation  
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale  
Sidi Maarouf - Av. Farouk El Bahah  
N°173 Casa - Tél.: 05 22 89 99 27

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Radiologie Al Quods

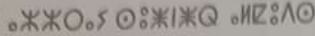


الفحص بالأشعة القدس

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH  
Médecin Radiologue

الدكتور محمد أمين فتح الله  
إختصاصي في الفحص بالأشعة  
- خريج كلية الطب بباريس  
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

- Diplôme de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris



- Scanner Médicaments
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Manographie Numérique
- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- RM / Sur Rendez - Vous /
- Radiologie Interventionnelle / Scans Echographie / Scintigra
- Radiologie Numérique
- Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 30/05/2023

**NOTE D'HONORAIRE**

Nom & Prénom MOUTAOUAKIL ABDERRAHMAN  
Date d'examen : 30/05/2023

Examens	Honoraires
PANORAMIQUE DENTAIRE	200,00 DH
<b>NET A PAYER</b>	<b>200,00 DH</b>

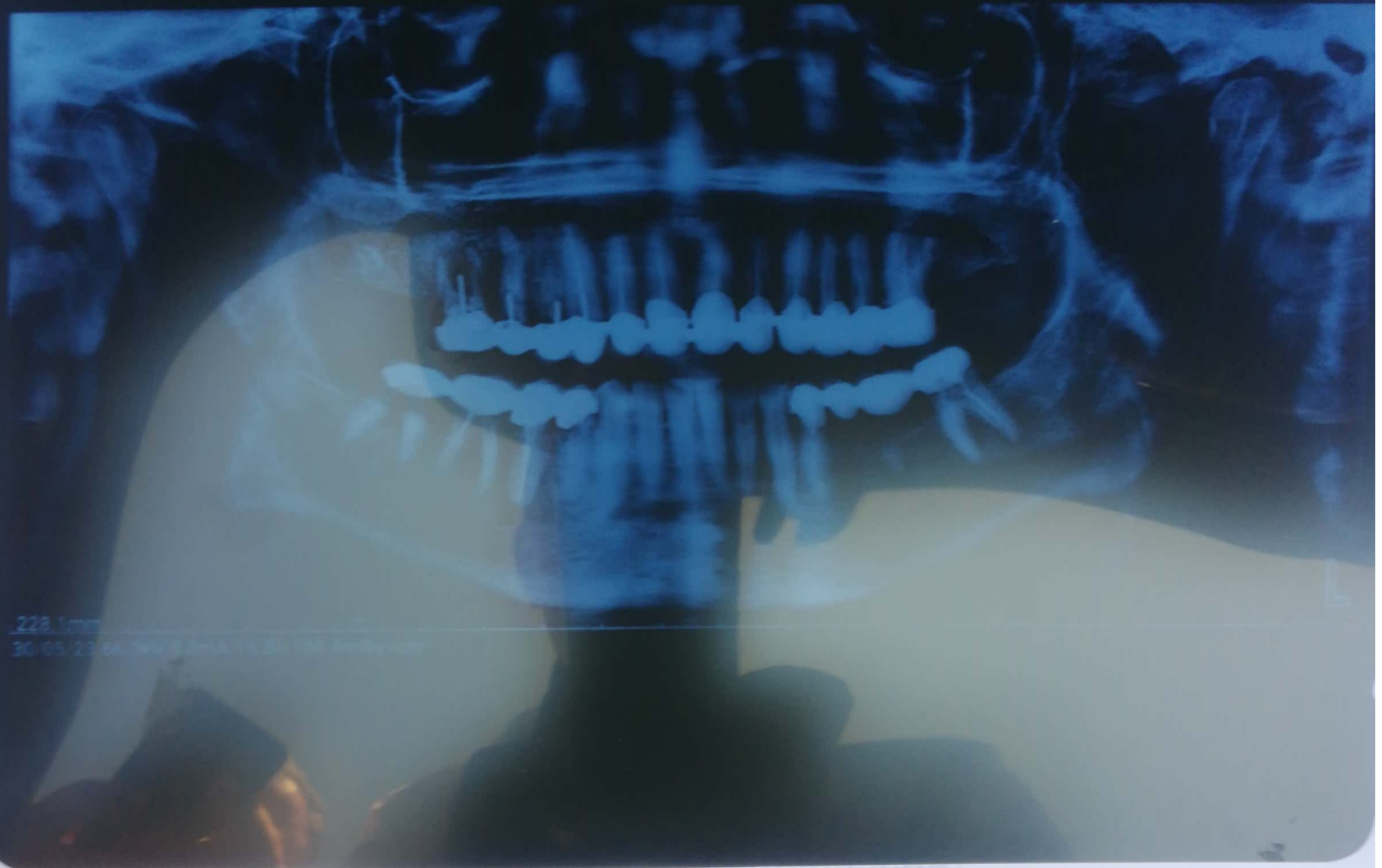
Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**DEUX CENTS DH**

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél. 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43  
E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313947000064 - IF : 34001560

RC : 442995 - PATENTE : 34001560

RADIOLOGIE AL QUODS  
Bd Al Quods, N° 697  
radiologiealquods@gmail.com  
Tél: 05 22 21 43 43



228.1mm  
30.05.23 64.0kV 9.0mA 1s 80.136 Amalyscan