



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

Déclaration de Maladie

M22-0045558

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03418 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bennani Jamel

Date de naissance : 13/01/60

Adresse : 557, CP, ville verte - Zoukora - Cas

Tél. : 0661069808 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. WAFI ABDELMAKIM
CHIRURGIEN DENTISTE
2, RUE ABDELLAH RAJII
(EX-RUE DES PYRENEES) MAARIF
CASABLANCA - Tél. : 05 22 25 52 28

Date de consultation : 29.05.2023

Nom et prénom du malade : BENNANI ASLINE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0045558

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).

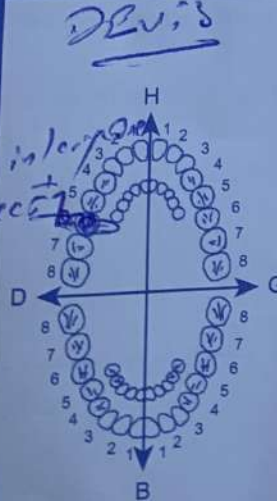
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS															
Deviz 16. inf. or + cosy			DATE DU DEVIS															
Deviz 3500			DATE DE L'EXECUTION															

DR. WAFDI ABDELHAKIM
CHIRURGIEN DENTISTE
2, RUE ABDELLAH RAJII
(EX RUE DES PYRENEES) MAARIF
CASABLANCA - Tél.: 05 22 25 52 28

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECOMMANDATIONS IMPORTANTS ET ACTIVER LES REMBOURSEMENTS

Le cadre réservé à l'adhésion doit être dûment renseigné.
Conditions générales :
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation, chirurgicale, prothèses auditives ou orthopédiques, sans vignettes doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Le médecin prescripteur doit être dûment renseigné sur la facture de la pharmacie ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à la feuille de soins.

Le médecin prescripteur doit être dûment renseigné sur la facture de la pharmacie ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à la feuille de soins.
L'accord préalable est exigé avant le début des séances de traitement canalaires.
L'accord préalable est exigé avant le début des séances de traitement canalaires.

NDP N° : A-A-215 / 2019
Date de
Cachet du



Form with handwritten numbers: 00, 5.33