



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

Déclaration de Maladie

M22-0045558

Autres
163774

Maladie

03418 Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **Bennani**

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bennani Jamel

Date de naissance :

13/07/60

Adresse :

557 C.G.P. n°11c route - Zouhour - Casablanca

Tél : **0661069808**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. WAFDI ABDELLAH KIM

CHIRURGIEN DENTISTE

2, RUE ABDELLAH RAJII

(EX-RUE DES PYRENEES) MAâRIF

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 52 28

Date de consultation : **29/05/2023**

Nom et prénom du malade : **Bennani Jamel**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Périodes 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'exhaustivité 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) :

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 :

RELEVE 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 canalaires, 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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ODF PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | |
|-------------------------|---|--|
| <i>DEVIS</i> | $\begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | <i>Devise</i> |
| <i>DEVIS</i> | | <i>3500.</i> |
| | | <i>DATE DU DEVIS</i> <i>29.5.23</i> |
| | | <i>DATE DE L'EXECUTION</i> <i>16. juil. 07 + 0597</i> |
| | | <i>DEVISE : 3500.-</i> |

Dr. WAFDI ABDELHAKIM
CHIRURGIEN DENTISTE
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
2, RUE ABDELLAH RAJII
(EX RUE DES PYRENEES) MAARRIF
CASABLANCA - Tél.: 05 22 25 52 28

