

Déclaration de Maladie

M22- 0031710

Maladie

Dentaire

Optique 165318

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11687

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHATTABI ABD

Date de naissance : 1971

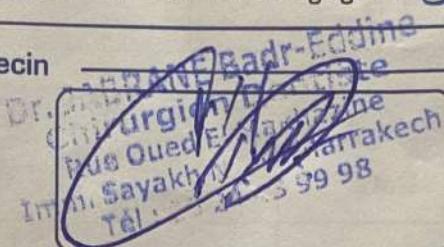
Adresse : WALILI B N° 41 ZERKTOUNI BOUAAKKAOUI RAÏK

Tél. : 0661 31 53 43

Total des frais engagés : 3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2023

Nom et prénom du malade : El khattabi Abd Age : 51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Decis Prostheo dentare

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 : MARRAKECH

Le : / /

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0031710

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> D180												
	<table border="1"> <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>B</td><td></td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 3500,-
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/> 06/06/2023												
	1011		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	verso														
	verso -														
	Anne Feidina Badische Zahnärztin														

VISA ET CACHET DU PROFESSIONNEL ATTESTANT LE DEVIS
Rue Oued L'Amazigh
Imm. Sayakh N° 6 - Béjaïcha
Tél : 05 24 43 99 98

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 12.06.2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 11687 E-mail : ~~aelkhattabi@regularmail.com~~ Phones : 0661315343

Nom et Prénom de l'adhérent : EL KHATTABI ABD .com

Nom et Prénom du bénéficiaire : EL KHATTABI ABD

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR JABRANE Badr eddine

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite (01) couronne céramique sur le dent n° 15

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) ... D180

(trois mille cinq cent - dh)

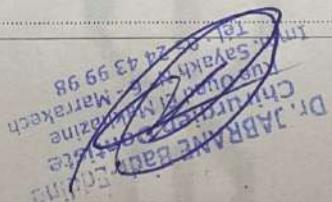
Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier) Cabinet dentaire

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien



A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

El khettabi Abdo)

08/06/2023

Dr. M'hamed Badr-Eddine
M'dina Dentiste
Rue quied El Maâzizie
Imm. Sayakh N° 6 - Mahdia
Tél : 0524 43 99 98

Arant
Executive
un travail
causatoire en
cons :
une CCM
s'impose