



MUPRAS

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

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 BOUAKKAZ
RAK.

Tél. : 0661 31 53 43

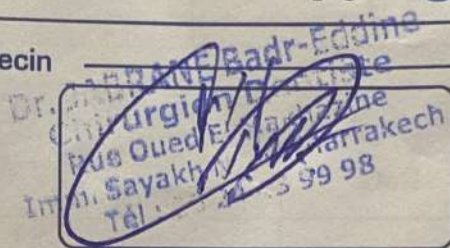
Total des frais engagés :

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 :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur 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 : MARRAKECH

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 :

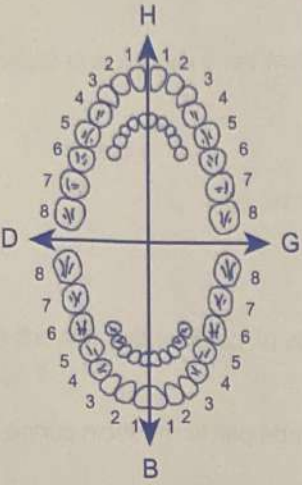
Date de dépôt :

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

1011

Leouane

Leouane

Mechelegie

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

D180

MONTANTS
DES SOINS

3500,00

DATE DU
DEVIS

08/06/2023

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


 Dr. HANNE Badreddine
 Dentiste
 100 Qued Enkhazine
 Amm. Sayakh N° 6 - Mokkech
 Tél : 05 24 43 99 98


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@royalairmaroc.ma Phones : 0661315343
Nom et Prénom de l'adhérent : EL KHATTABI ABD	
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 dix)	
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. Badr-Eddine
Dentiste
Rue Oued El Khazine
Imm. Sayakh N° 6 - Malma
Tel : 024 43 99 98

avant
Exécution
un traitement
canalaire en
cours :
une CCM
s'impose