



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-827461

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 26985 Société : 34

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : HIRCHI BOUGHAI B

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : 0662111328 183564

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUCHEIKH Aya
Chirurgien Dentiste
Angle Ibn Zayda & Méd V
Imm Nakhlia 1 Appt 2 KENITRA
Tél : 05 37 36 80 71
N°PE: 044197382

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : HIRCHI BOUGHAI B Age :

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

Nature de la maladie : Parodontite apicale chronique sur la 25, 35, 46 et 45.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pl 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-827461

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	IN? : <input type="checkbox"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D100 + D180"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="3700"/>														
	25: Inlay-core métallique			DATE DU DEVIS <input type="text" value="13/11/2023"/>														
25: CCM			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

IBNOUCHEIKH Aya
 Dentiste
 Angle Iba Zaria
 Km Nakha 1 Aéroport - XENITH
 Tél: 05 27 36 80 21
 INPE: 044197382

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. IBNOUCHEIKH AYA



دكتورة ابن الشيخ آية

Chirurgien Dentiste

طبيبة أسنان

706985

À Kenitra, le 13/11/2023.

DEVIS par Mr. Hirchi Bachaib

25 : Couronne ceramo-metallique : 3000 DH.
avec Inlay core : 700 DH.

Total estimé : 3700 DH

Dr. IBNOUCHEIKH Aya
Chirurgien Dentiste
Angle Ibn Zarrak & Med V
mm Nakhla 1/Apt 2 KENITRA
Tél : 05 37 36 80 71
INPE: 044197382

زاوية شارع محمد الخامس وابن أبي زرعة عمارة النخلة 1 الشقة 2 (مقابل مصحة أنوال)

Angle avenue Med V et rue Ibn Abi Zarrak, Im. Nakhla 1, Apt 2. (en face de clinique anoual)

☎ 05 37 36 80 71

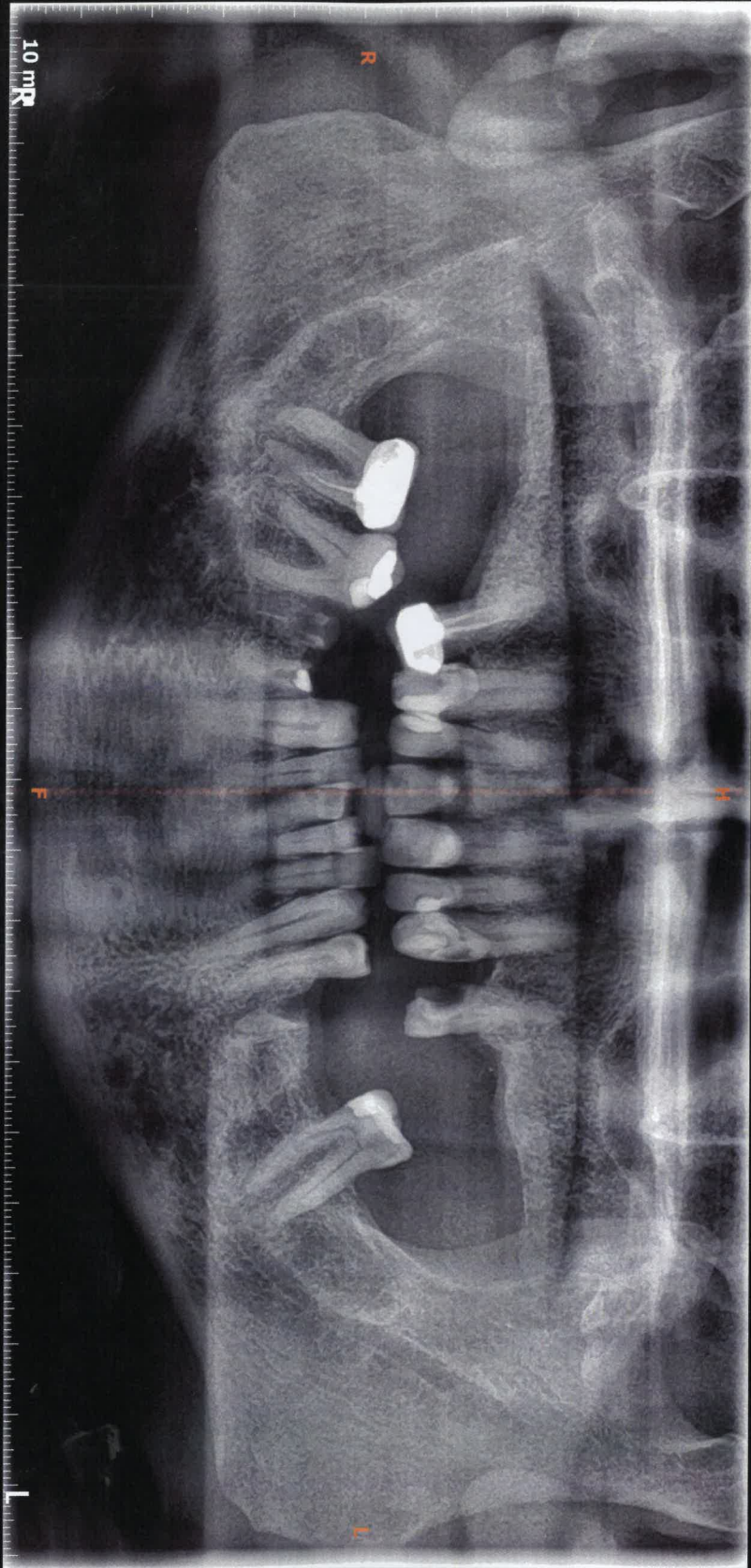
INPE : 044197382

BOUCHAIB HIRCHI

Date unavailable

868

2023-11-13



206985

CENTRE DE RADIOLOGIE DENTIRE

Dr. Hanane ELKHADIR

Tél: 05 37 36 43 29 / 05 37 32 71 57

INPE: 051254449

ICE: 002594827000065