



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M20- 0005706

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1547

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL Ghozzi Moulouche

Date de naissance :

Adresse :

Tel : 8150189

Total des frais engagés : 0668987847 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2019

Nom et prénom du malade : EL Ghozzi Moulouche

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/11/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-05706

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

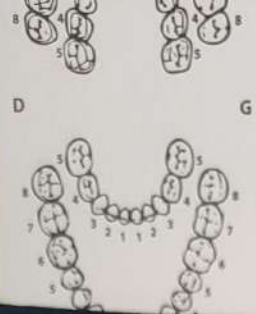
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

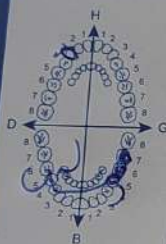
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	13	Inf	Dr	COEFFICIENT DES TRAVAUX D22
	14	Inf	Dr	MONTANTS DES SOINS 550
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

IC	13	Dr
Cen	13	Dr
Shell	13	Dr
1215	13	Dr
353637	13	Dr

COEFFICIENT DES TRAVAUX D38	
MONTANTS DES SOINS 7600	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



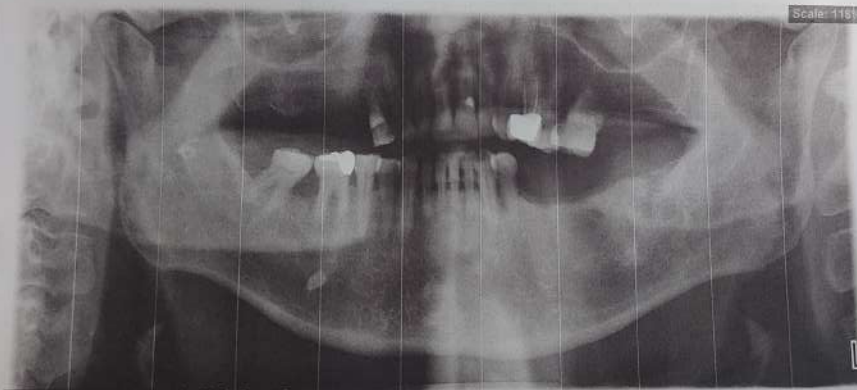
Déclaration de Maladie
N° M20- 0005706

☐ Autres

Dr NAAMANE Reda

EL GHAZI MUSTAPHA
DOB:
ID: 174

PLANMECA
Romexis



Scale: 116%

29/11/23 68.0kV 7.0mA 10.3s 55.0mGy*cm²

Cooperative Al Wafae. 93 Bd Oum Errabia - Deroua
Tél : 05 22 51 47 53



Matricule :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Cad. :

Cachet du m. :

Date de :

Nom et :

Lien de :

Nature de la :

EL GHAZI



RETRAITE

EL GHAZI MUSTAPHA

0001547



الطيران الملكي المغربي
Royal Air Maroc

Age :

☐ Enfant

sous pli confidentiel à l'attention du

sur la présente déclaration. Je déclare
connelles.