



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. ....

Total des frais engagés :

Dhs

Pensionné(e)

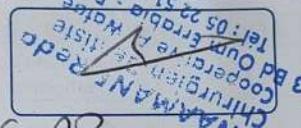
Autre :

Société :

162959

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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) :

Age :

Conjoint

Enfant

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° M21- 34326

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 :

Type de décl	Total des frais
Cachet du mé	
Date de la cons	
Nom et prénom	
Lien de parente	
Nature de la ma	
Dans le cas ou la	
ments sous pli co	
Signature de l'assu	

DECLARATION  
CONTRAT N°  
NOM DU MALADE  
DATE DE CONSULTATION  
TOTAL DES FRAIS ENGA

05 22 51  
Cooperative A

8912/24/11  
Bob  
101

#### **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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> 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													
			MONTANTS DES SOINS													
			DEBUT D'EXECUTION													
			FIN D'EXECUTION													
	OD.F PROTHESES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G	00000000	00000000													
				Coefficient DES TRAVAUX												
			MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													
		<i>St. Club N.Y.</i> <del>35-36-37</del> <del>46-47</del>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>CHIRURGIEN Dentiste</i> <i>Coopérative</i> <i>MANAGE Redo</i> <i>93 Bd Arago</i> <i>110 05 22 51 47 53</i>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

*Dr NAAMANE Reda*

*ZEROUAL HALIMA  
DOB:  
ID: 112*

**PLANMECA**  
Romexis



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

