

# NS IMPORTANTES A LIRE POUR RSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ument renseigné.  
eigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
e à 3 mois à compter de la première consultation.  
ute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,  
ontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi  
e.  
ant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de  
tre obligatoirement jointes aux ordonnances.  
e facture de la pharmacie doit être jointe.  
ts des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être  
te demande de remboursement.  
eur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de  
t la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.  
médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de  
calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.  
t canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est  
soins pour toute demande de remboursement.  
as de prothèses ou de traitement canalaire,  
LD et ALC :  
it être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

contact@mupras.com  
bec@mupras.com  
adhesion@mupras.com

ative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-604864

168272

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08645 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KOUMITI NABIL

Date de naissance : 05/07/1982

Adresse : Res. Naroula, Ave Pasteur  
Km 34, FRANCEVILLE 2, Gabon

Tél. : 06 73 73 1872 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/07/2023

Nom et prénom du malade : KOUMITI NABIL Age :

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

Nature de la maladie : Polyarthr. 26.27

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 :

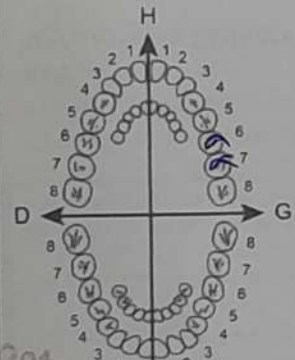
### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-604864

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

Matricule :

KOUITTE MBZ  
A Avant R  
SW 26 = 27



Docteur KOUITTE  
Chirurgien Dentiste  
1, Bd. ...  
Dakar, au ...  
022.21.50.22 / 022.21.50.23

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0914004300
2 8	Ra-kro	$26 = 60^m$	COEFFICIENT DES TRAVAUX 712+280
2 7	Avant		
2 6	prothèse	$25 = 625$	MONTANTS DES SOINS 2120 <sup>m</sup>
	Coronaire		
2 1	Tout porte 3 faces	$215 = 375$	Date du devis 13/07/2023
2 7	Traitement Coronaire	$25 = 625$	DEBUT D'EXECUTION
2 7	Tout porte 3 faces	$215 = 375$	FIN D'EXECUTION
2 2, 23	Ra-kro	$26 = 60^m$	COEFFICIENT DES TRAVAUX

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552  
00000000 00000000

du Médecin  
nt des Actes

Le  
11  
Imp  
Ver

KOVINT NABZ  
R AVODITR  
GWR 26. 27

[illegible]