

NS IMPORTANTES A LIRE POUR  
RSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ment renseigné.

renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
à 3 mois à compter de la première consultation.

ute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,  
ontre, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi  
e.

ant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de  
soins.

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  
soins.

t la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

meilleur prescripteur est exigée avant le début des séances de

calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

nt 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  
sec@mupras.com  
adhésion@mupras.com

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

Autorisation CNPD N° : AA-215/2019



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales

de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-604864

168272

Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 08649	Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KOUMITI NABIL		
Date de naissance : 05/07/1992		
Adresse : Res. 7 Almouda, Rue Paquier N° 34, F 93570 Villejuif, France		
Tél. : 06 73 73 18 72	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	Docteur KOUMITI Nabil Chirurgien Dentiste 21, Bd. 20 Mars, au 3 <sup>e</sup> étage Heddaouia 2	
Date de consultation : 13/07/2023	Age : 27	
Nom et prénom du malade : KOUMITI NABIL		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Toux, fièvre 38.2°C		
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 : 13/07/2023

Docteur KOUMITI Nabil

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 : _____

FEUILLE DE TRAVAIL			
LISTE DES SOINS ET HONORAIRES			
<p>Le dentiste effectue le traitement en indiquant la nature des soins.</p> <p>Il y a en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>			
<p><i>KONITI NBL R. Aventis SW 26 = 27</i></p>			
Dentes traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
2 6	Réfaco	$Z_6 = 60^m$	<i>0914002300</i>
2 7	Aventis		<i>Z12 + D80</i>
2 6	Isolant	$Z_6 = 625$	
	Canal	$Z_5 = 25$	
2 6	Vitrapo	$D_{15} = 375$	<i>MONTANTS DES SOINS</i>
	3 faces		<i>2120 m.</i>
2 7	Habillage	$D_{25} = 625$	<i>Date standard 13/07/2023</i>
	Canal	$D_{25} = 625$	<i>DEBUT D'EXECUTION</i>
2 7	Dempato	$D_{15} = 375$	<i>625</i>
	3 faces		<i>FIN D'EXECUTION</i>
2, 27	Réfaco	$Z_6 = 60^m$	
			<i>2120 = 7</i>
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p>			
<p>H</p> <p>25533412   21433552</p> <p>00000000   00000000</p>		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>	

du Médecin	Le patient
nt des Actes	Il est à l'heure
ment des actes	Impression
	Vetement
	Demande
	Signé
	Signature
	Date

Autori

