



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-795747

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

173572

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1030 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TOULJAR Rachid
Chirurgien-Dentiste
Angle bd Abderrahmane et Rte
d'Azemmour N. 6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Date de consultation : 28/08/2023

Nom et prénom du malade : Bayou MINT Age :

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

Nature de la maladie : Absence d'antécédents médicaux

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pliconfidentiel 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° W21-795747

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

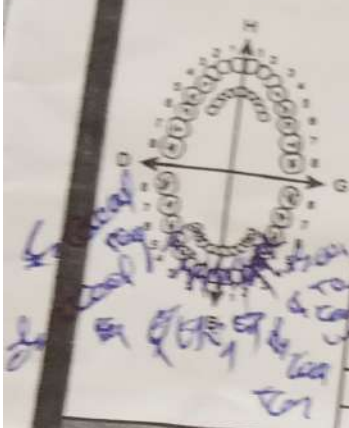
Nom de l'adhérent(e) :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : [2404107]	
	32	nettoyage	1,0	COEFFICIENT DES TRAVAUX D140	
	31	nettoyage	1,0		
	41	nettoyage	1,0		
	42	nettoyage	1,0	MONTANTS DES SOINS 3800,0	
	47	6 canal	2,0		
	48	6 canal	2,0		
	45	6 canal	2,0	DEBUT D'EXECUTION	
	46	6 canal	2,0		
	34	6 canal	2,0		
	35	6 canal	2,0	FIN D'EXECUTION	
	36	6 canal	2,0		
	37	6 canal	2,0		
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 S			COEFFICIENT DES TRAVAUX D2160
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession 11004 X 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 21002 21002			
	DATE DU DEVIS				28 08 23
DATE DE L'EXECUTION					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
 Angle 13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35
 d'Annemasse - Casablanc
 Tél: 0522 90 96 36 / 0522 91 50 89

Mle 1030

Bayad Nina

Numero dossier: 105865

Le 28/08/23

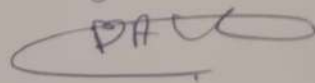
Objet : Demande d'annulation PEC

Bonjour,

Je vous fais part de la décision d'annulation de
la PEC ND: 105865.

Dans l'attente d'une réponse favorable de votre
part, veuillez agréer mes salutations distinguées.

Signature



RADIOLOGIE EL OULFA
BAYOUD E P FARIH MINA 10/08/2023 11h14m5

D

RADIOLOGIE EL OULFA

BAYOUD E P FARIH MINA

Exam:10.08