



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

Déclaration de Maladie

N° W21-795747

173572

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1030

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

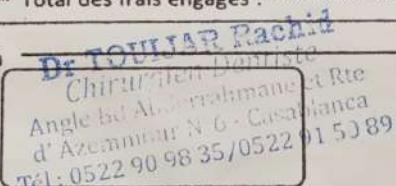
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/08/2023

Nom et prénom du malade :

BAYOUO MINTA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie d'origine sociale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif 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 :

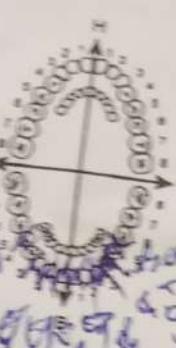
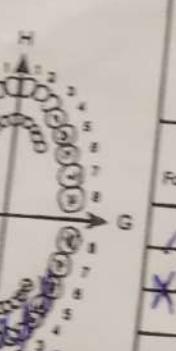
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

Important

Veuillez joindre les radicaments.

SOCIÉTÉ D'ASSURANCES																	
SOINS DENTAIRES																	
 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficients														
	39	rehausse	D ₁₀														
34	rehausse	D ₁₀															
40	rehausse	D ₁₀															
4/2	rehausse	D ₁₀															
47	4-canal	D ₁₀															
48	coupe	D ₁₀															
45	4-canal	D ₁₀															
46	coupe	D ₁₀															
37	4-canal	D ₁₀															
34	4-canal	D ₁₀															
31	4-canal	D ₁₀															
35	4-canal	D ₁₀															
36	rehausse	D ₁₀															
25	cachet	D ₁₀															
			INP : 94-14103														
			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			D ₁₄₀														
			MONTANTS DES SOINS														
			3800,-														
			DEBUT D'EXÉCUTION														
			FIN D'EXÉCUTION														
D.D.F.																	
SES DENTAIRES																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433352</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433353</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433352	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433353	B	
H																	
25533412	21433352																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433353																
B																	
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433352</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433353</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433352	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433353	B	
H																	
25533412	21433352																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433353																
B																	
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>																	
1104																	
X 35533412-11433353																	
D ₁₄₀																	
DATE DU DEVIS																	
08/08/23																	
DATE DE L'EXÉCUTION																	
DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
Dr. TONIJAR Rachid																	
Maison et Rue																	
Angle Bd. Hassan II - Casablanca																	
d'Algérie 146 36/0522 91 50 89																	
Tél: 0522 91 50 89																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																	

M6 1030

Bayard Nina

Numeros dossier: 105865

Le 28/08/23

Objet : demande d'annulation PEC

Bonjour,

Je vous fais part de ma décision d'annulation de
Ma PEC ND: 105865.
Dans l'attente d'une réponse favorable de votre
part, veuillez agréer mes salutations distinguées.

Signature

DAU

