

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**Déclaration de Maladie****M22- 0049724** **Maladie** **Dentaire** **Optique 159846** **Autres****Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : Société :

 Actif **Pensionné(e)** **Autre** :

Nom & Prénom :

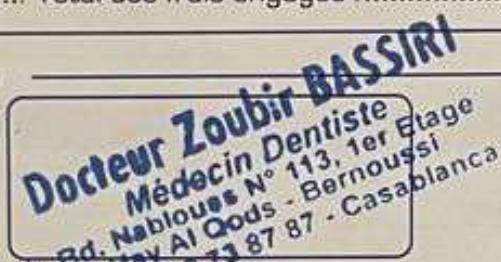
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **21/9/23**Nom et prénom du malade : **BAATARI EL MATH** Age :Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**Nature de la maladie : **Sous + prothèses Dentaires**Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC** Pathologie :

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 : **21/9/23** Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENTDéclaration de maladie **M22-0049724**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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
<p><i>M. B = Le Dr le Dr Denis Om nul et remplace celui du 27/4/23</i></p>				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Docteur Zoubib BASSIRI	
		<i>Dr. Zoubib BASSIRI Médecin Dentiste Bd. Nassaréda N° 100/1er Etage Hay Al Qude - Barakat - Casablanca Tél: 0522 73 67 87</i>	

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
16	TR + obt	$D_{25} + D_{33}$ avec Anusage Radiculotomie	COEFFICIENT DES TRAVAUX $D_{33} + D_{126}$
15	obt avec Term	D_{33} Radiculotomie	MONTANTS DES SOINS
12	Reprise TR	$D_{10} + D_{11}$ + obt (3 feu)	4650,00
25	TR + obt	D_{30}	219123
4546	ext	D_{16}	DEBUT EXECUTION
36	ext	D_{10}	
5 Rx numériques		D_{15}	EXECUTION

ODF PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11403553
B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
$\textcircled{X} 2 \text{ CCM} / 16-15 = D_{360} = 7200$ $\textcircled{X} 2. C. Céramo-circaniques / 12-11 = D_{400} = 8000,00$ $\textcircled{X} CCM / 15 = D_{180} = 3600$ $\textcircled{X} Stabil. Bas 4 éléments = 36-45-46-47 = D_{165}$		

COEFFICIENT DES TRAVAUX D_{1105}

MONTANTS DES SOINS $22.100,00$

DATE DU DEVIS 219123

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Docteur Zoubib BASSIRI
Bd. Nassaréda N° 100/1er Etage
Hay Al Qude - Barakat - Casablanca
Tél: 0522 73 67 87 - Casablanca*