



# 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 :

**Docteur Zoubir BASSIRI**  
Médecin Dentiste  
Bd. Nablouss N° 113, 1er Etage  
Hay Al Oods - Bernoussi  
Tél: 0522 73 87 87 - Casablanca

Date de consultation : 21/9/23

Nom et prénom du malade : BATTARI EL MAHMOUD Age: .....

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

Nature de la maladie : Soins + prophylaxie Dentaire

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 : ..... Le : 21/9/23

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration 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 : .....



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

**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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
	16	TR + obt = D <sub>25</sub> + D <sub>33</sub> avec Ancre Radiculaire		COEFFICIENT DES TRAVAUX 230 + D <sub>176</sub>																												
	15	obt avec Tenon Radiculaire = D <sub>33</sub>		MONTANTS DES SOINS 4650,00																												
	12	Reprise TR - D <sub>10</sub> + obt (3 fois)																														
	25	TR + obt = D <sub>30</sub>		DEBUT D'EXECUTION 2719123																												
	45-46	ext = D <sub>10</sub>																														
	36	ext = D <sub>10</sub>																														
	5 Rx panoramiques - 7 (x15)			D'EXECUTION																												
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553				B			COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>1105</sub>
H		G																														
25533412	21433552																															
00000000	00000000																															
D																																
00000000	00000000																															
35533411	11433553																															
	B																															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS 22.100,00																												
	2 CCM / 16-15 = D <sub>360</sub> = 7200,00 2 CCM / 12-11 = D <sub>400</sub> = 8000,00 2 CCM / 15 = D <sub>170</sub> = 3500,00 36-45-46-47 = D <sub>165</sub>			DATE DU DEVIS 2719123 DATE DE L'EXECUTION																												
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Denteur Zoubir BASSIRI**  
 Bd. Négociants - 10540 - 06 83 99 10 00  
 10540 - 06 83 99 10 00  
 10540 - 06 83 99 10 00