

IMG20240307170825.jpg

2,2 Mo



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

Déclaration de Maladie

Nº P19-0039155

197303

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : <i>10062</i>	Date de naissance :	Total des frais engagés : <i>2600 Dhs</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <i>hinchy hassan</i>			
Adresse : <i>2600 Dhs</i>			
Télé : _____			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>[Signature]</i>			
Date de consultation : <i>7/2/24</i>			
Nom et prénom du malade : <i>hinchy hassan</i>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Age : _____			
Nature de la maladie : _____			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____			
Dans le cas où le malade 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 : *7/1/24*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT	
Nº P19-039155	
Déclaration de maladie	
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

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 cancéreux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	Y6	Ust Dpt	COEFFICIENT DES TRAVAUX	D 104
	6	Epa D12	MONTANTS DES SOINS	
		6pt D15	DEBUT D'EXECUTION	
		Ust Dpt	FIN D'EXECUTION	
		Epa Dmz		
		cup Dmz		
		7		

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25735412 31483552 00000000 00000000 00000000 00000000 35338411 11435553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DENTISTE