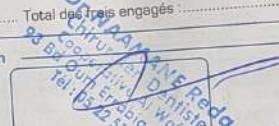


Cb + Ra.
ex 45.
41 | 42



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

Déclaration de Maladie
N° P19-0036775

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricole : 2507		Société : Venue	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Jemel Toumaj
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		
Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :	29/1/24	Jemel Toumaj	
Norm et prénom du malade :	Jemel Toumaj		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 Mutualité.			
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 : 29/1/24		
Signature de l'adhérent(e) :			
VOLET ADHÉRENT			
Déclaration de maladie N° P19-036775			
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).			
Matricole :			
Norm de l'adhérent(e) :			
Total des frais engagés :			
Date de dépôt :			

Dent	Nature des travaux	Date	Recu	Rendu
	Cbt + Ra. ex 45.			
	41/42 AF			

Optima DENT

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 cariaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

BONS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES

DENT	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
H	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553
D	
G	
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NAAM Chirurgien Dentiste
Coopératif de Médecins et de Chirurgiens Dentistes
Tél. 05 55 31 47 50 - 06 71 47 50

COEFFICIENT DES TRAVAUX *D 220*

MONTANTS DES SOINS *4400*

DATE DU DEVIS *IC D 40*

DATE DE L'EXECUTION *CCN D 300*

*Dr. NAAM Chirurgien Dentiste
Coopératif de Médecins et de Chirurgiens Dentistes
Tél. 05 55 31 47 50 - 06 71 47 50*

Cbt + Ka.
ex 45.

41/42
AF

Optima

Docteur NAAMANE Reda
Chirurgien Dentiste
Chirurgie Parodontale
ODF - Implantologie
Radio Panoramique



الدكتور نعман رضا
طبيب جراح للأسنان
تقويم الأسنان
زراعة الأسنان - علاج اللثة
راديو بانوراميك

Le : 29/11/24 في:

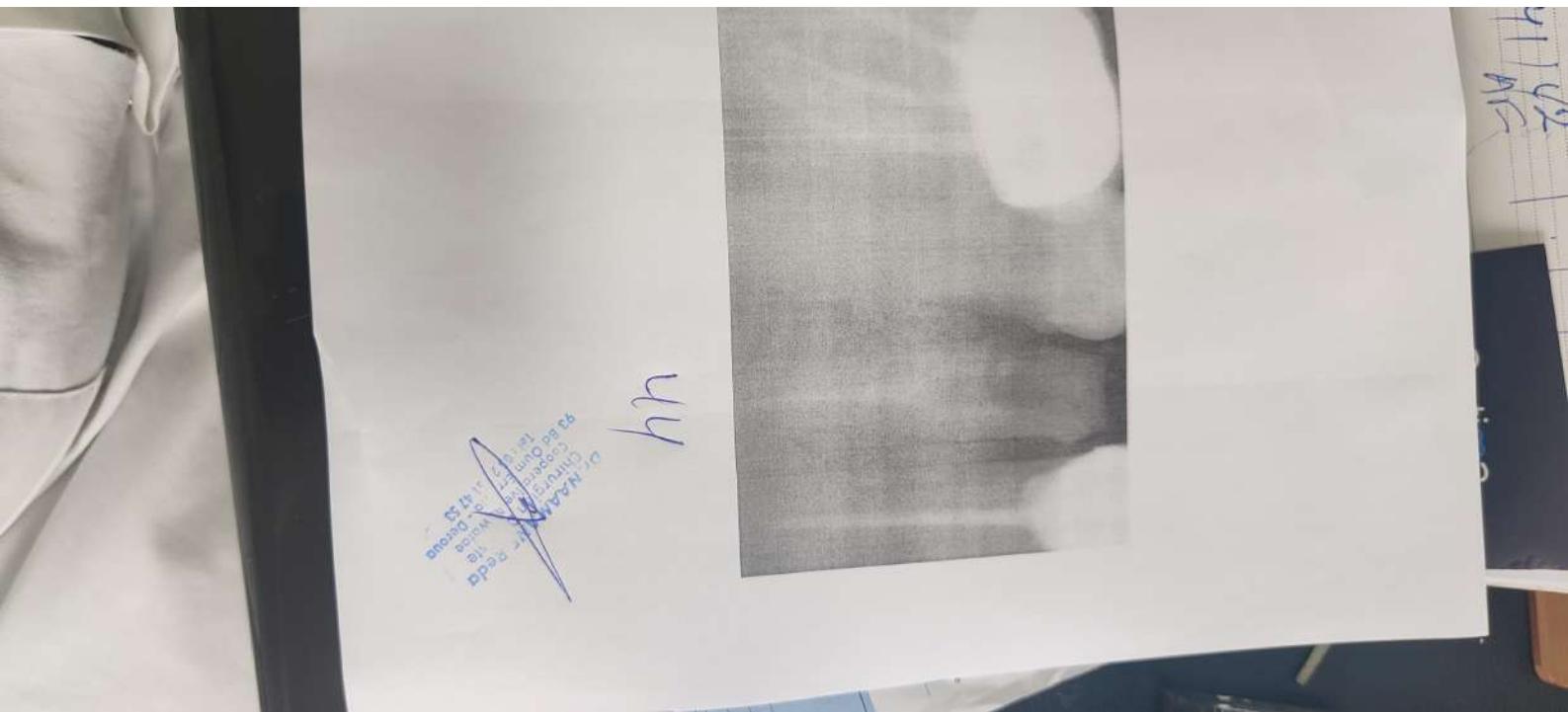
Rapport

44 déjà HL ee'
avec une ces
que la polystole à
pendu. suffisant

DR NAAMANE
CHIRURGIEN DENTISTE
COOPÉRATIVE AL WAFAE
93 Bd Oum Errabia
Tél: 05 22 51 47 53

تعاونية الوفاء 93 شارع الربيع - الدروة - الهاتف: 05 22 51 47 53
Cooperative Al Wafae, 93 Bd Oum Errabia - Tél : 05 22 51 47 53

✓ Dr. Reda
Wafee
14753
Dr. Redoua





CARTE DE VEUVE

**JEMEL TOURIA
Veuve JAMAL AMOR**
0002507

