



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M23-0024029

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **190025** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7186 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEKRAM AL OUALI
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0663261326 Total des frais engagés : 15275 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : EL ARBOULI Khadyja
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-024029

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

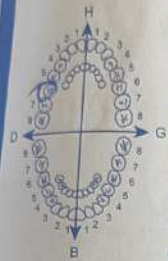
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

16 [handwritten] Der
[handwritten] D10

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

D35

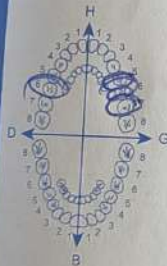
MONTANTS
DES SOINS

875

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D
00000000 G
35533411 11433553
B

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

[handwritten] Bonhy c/n zel
25-20-22
CCN 16

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

D720

MONTANTS
DES SOINS

14400

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[handwritten] DENTISTE Reda
Cod. Dentiste
98 Bd. Oum El Wataf
Tél: 05 22 51 47 42

Docteur NAAMANE Reda

Chirurgien Dentiste
Chirurgie Parodontale
ODF - Implantologie
Radio Panoramique



الدكتور نعمان رضا

طبيب جراح للأسنان
تقويم الأسنان
زراعة الأسنان - علاج اللثة
راديو بانوراميك

Ordonnance

في: 11/2/24 Le:

Objet : Rectification
du Moulant de
la prothese

Veuillez avoir l'amabilité
d'accepter le re cliquer
le Moulant de la prothese
dont il a fait une erreur
et de Revenir

14400 DH au lieu de

14400 DH

Cordeiro

DR. NAAMANE
Chirurgien
Coopérative
Tel: 05 22 51 47 43
93 Bd Oum Erraoud
Ain Harrouj
47 43 Peroud