

courrier Nouvelles

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES									
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient						
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire								
	H D 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553							
<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>									
<p>VOLET ADHERENT NOM : Mle</p> <p>DECLARATION N° W18-404575</p> <table border="1"> <tr> <td>Date de Dépôt</td> <td>Montant engagé</td> <td>Nbre de pièces Jointes</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>				Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes							

MUPRAS		W18-404575	DATE DE DEPOT							
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		13.1.06.2013								
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 11037										
Nom & Prénom BENIMAKH LOUF LAZLA Fonction Traitement Bas. Phones. 0661749599 Mail BENIMAKHLOUF@RoyalairMaroc.com										
MEDECIN Prénom du patient Achérant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age Date 23.05.13 Nature de la maladie										
<i>Affection Orale</i>										
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances										
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>Gr Fo</td> <td></td> <td>350,00</td> </tr> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Gr Fo		350,00	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires								
Gr Fo		350,00								
PHARMACIE Date Montant de la facture										
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date : Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires										
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">AM</td> <td rowspan="2">PC</td> <td rowspan="2">IM</td> <td rowspan="2">IV</td> <td>Nombre</td> <td rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>				AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV					Nombre		Montant détaillé des Honoraires