

Ex 2x. Rafah Cap 6111F-F
en 84 AF f

Ex 54/55 AF

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

Déclaration de Maladie
M23-0015960

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2257** Société : **188214**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **Sahmaoui Abdelfkrin**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0663014804** Total des frais engagés : **16575** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Chirurgie ORL - Dr. A. B. Tel: 0524 82 27 53*

Date de consultation : **27/12/23**

Nom et prénom du malade : **Sahmaoui Abdelfkrin** Age : **45**

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 : **21/12/23**

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

VOLET ADHÉRENT

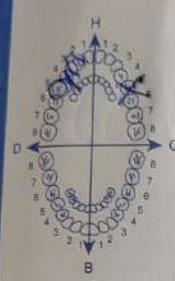
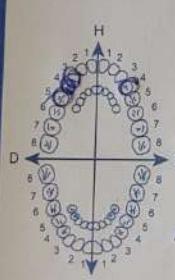
Declaracion de maladie M23-015960

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 :

64 nff
 fs 2x. Ralph Cap 65 1R P
 cm 84 AF. f
 le 54/55 AF

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	25	ea	110
	14	er	D
	13	Cap	Das
	15	ref	Das
		cap	Das
			COEFFICIENT DES TRAVAUX DSS
			MONTANTS DES SOINS 1375
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412	21433552
	D	00000000	00000000
	B	00000000	11433553
	35533411 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	ICA CON 94 D Date du devis Rattach CA 13-14-11 Date de l'exécution 2540		
			COEFFICIENT DES TRAVAUX 760
			MONTANTS DES SOINS 15200 Nf
Dr. NAAMANE Reda <i>Chirurgien Dentiste</i> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 98 Bd Oum Errabia - Deroua Tel: 03 24 51 47 53			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

	Dont	Reçu	Reste
Rx + ex° 64 off			
fs 2x. Ralph Cam 01 10-11			



15

13

Dr NAAMANE Reda
Chirurgien Plastique
Coopérative d'Innovation
93 Bd Drouot 69000 Lyon
Tel: 05 22 51 47 53

~~ex + ex - 64 nff~~
fs 2x. Ralph Cap 63 1R F



24

25

Dr. NAAMANE Réd.
Chirurgien Dentiste
Coopérative Médicale
93 Bd Oum El Bouaghi - Derouic
Tel: 05 31 47 53

2020

