



MUPRAS

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

Ace + Rbr

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011668

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12615 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAKHOU SAID Date de naissance : 26-01-1983
Adresse : N° 10 Zolissement Cijlmassa Errachidia
Tél. : 0663 1995 74 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/06/2019
Nom et prénom du malade : MAKHOU SAID Age : _____
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Soins dentaires
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 : Casablanca

Le : 11/06/2019

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
		12																		
		34	Traitement canalaire	12	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		75	+ composite	12	MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="2500,00"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
					FIN D'EXECUTION <input type="text" value="11/06/13"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D		B																	
	00000000	35533411	00000000	11433553																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Dentaire Casablanca
Pr. Ali EL HAMID
16, Bd Abdelkrim Al Khattabi,
Val d'Anfa, Casablanca.
Tél : 0522360807/0522399890



ABN 547

Casablanca, le 11/06/2019

FACTURE

Reçu la somme de 2500 dhs (Deux mille cinq cents dirhams), honoraires
des soins dentaires, effectués à Mr MAKHSOU Said.

Signé :

DR. ALI EL HAMID
Médecin Dentiste Professeur
Clinique Dentaire Casablanca
16, Abdelkrim Al Khattabi
Tél : 0522360807 / 0522399890



Date du cliché : 11/06/2019

Localisation :

Commentaire :