

## CONVENTION DE TIERS PAYANT

Entre

L'Ordre National des Médecins Dentistes du Maroc( O.N.M.D)

Et

La Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales (M.U.P.R.A.S)

### Formulaire d'adhésion

N° d'Ordre:.....

Nom & Prénom :.....

N° CNI :.....

Mode exercice :

Individuel

Association : (nom prénom du médecin dentiste).....

Adresse Professionnelle :.....

Ville:.....

Tél:.....

Fax : .....

GSM : .....

Adresse email :.....

RIB BANCAIRE avec 24 caractères : (joindre RIB ou attestations bancaire)

#### Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné(e) Dr.....déclare sur l'honneur avoir pris connaissance des clauses de la convention signée entre le O.N.M.D Et la M.U.P.R.A.S et m'engage à les respecter

Aval du C.R.O.N.M.D

Signature & Cachet du praticien

Formulaire à remplir et à renvoyer par email au [crsudmd@gmail.com](mailto:crsudmd@gmail.com) ou par fax au +212 (0) 522 313 675