

Déclaration de Maladie

N° W19-582865

66466

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

7528

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ANBARI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

965,60 + 305 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/10/2021

Nom et prénom du malade :

ANBARI Fatima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : ca sa

Le : 07/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-582865

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).

ACCUEIL
2021
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	H	G	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		G	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre des maladies
& Chirurgie des yeux



مركز الأمراض
و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب و جراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكايان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

10/03/2021

Casablanca le,

ANBARI Fatima

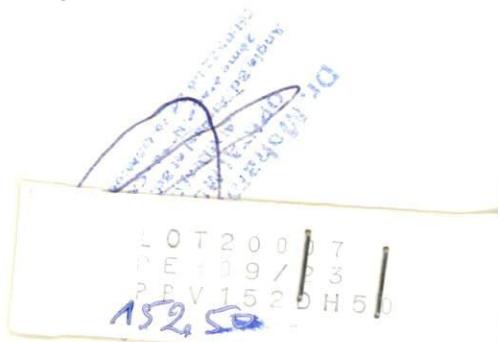
152,50
X 2

- VALEX 500 MG cp
2 comprimé, 2 fois par jour, pendant 7 jours

5.8

305,00

Pharmacie des GÉNÉRATIONS
Abdel
58, Rue Jaber-lan Hachane en Face de la banque
Sidi Benyett El Moudawine Casablanca
Tél: 35.22.25.73.33.105.12.25.50.32



Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب و جراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيفالان في بوردو

جراحة مسالك الدموي

فحص شبكة العين - تصوير الشبكة - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

10/03/2021

Casablanca le,

ANBARI Fatima

20.40

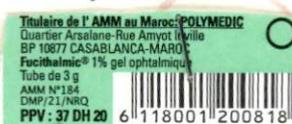
- EXOCINE 0,3% COLLYRE (Ofloxacin) fl

1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 4 jours

32.20

- FUCITHALMIC 1% gel opht (Ac. Fusidique)

1 goutte, 2 fois par jour, dans l'oeil gauche, pen



21.40

- GEL-LARMES (Carbomère 974 P) tube de 10g

1 instillation, 4 fois par jour, dans l'oeil gauche, p

147.00

- Théalose 3% collyre

1 goutte, 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

265.60 DH.

