

Déclaration de Maladie

Nº W21-807457

166302

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2761	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TANANI Bouschair			
Date de naissance : 01 01 1915			
Adresse : Coo P ECHABAR N° 14 BERRACHID			
Tél. : 0627710369			Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	19/6/13
Nom et prénom du malade :	TANANI WALTIN
Age :	60
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	_____
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/1/13

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº W21-807457

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 : _____

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	INP : 19649192912
	26 27 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	2c	2D ₁₅	
	14 15	2c	2D ₁₅	
	16	TRobtr	D ₃₀	
	27 36	2c	2D ₁₅	
	46 47	2c	2D ₁₅	
	det + H/G	det + H/G x (det H/G) de gencive)	D _{act} D _{ra2}	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D₁₆₈

MONTANTS DES SOINS

3900 m

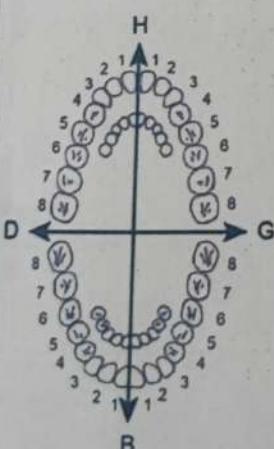
DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr ABOUMOUSLIM NAIMA
Chirurgien Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Rue Moussa Elhoumou N° 1000 Casablanca
Tél. 0522 55 67 32
ICE 001867013000094

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DE RADIO-DIAGNOSTIC BERRECHID

36-38, rue Tarik Ibn Ziad

19/06/2023

WALID TANANI

