

Déclaration de Maladie

N° W21-824654

180591

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12650**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KHOUKH OUSSAMA**

Date de naissance : **3 Juin 1989**

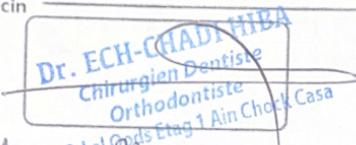
Adresse : **Résidence Les Orchidées 3 Im 5 App 6
Mohammadia**

Tél. : **0613276095**

Total des frais engagés : **3500 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **26/10/28**

Nom et prénom du malade :

Féria mariaam

Age : **31**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pratise

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : **Mohammadia**

Le : **26/10/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-824654

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 : **12650**

Nom de l'adhérent(e) : **KHOUKH**

Total des frais engagés : **3500**

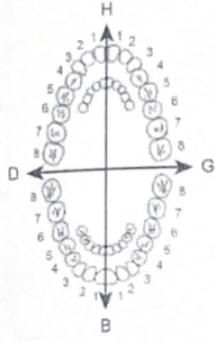
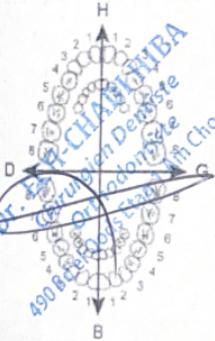
Date de dépôt :

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 : <input type="text"/>
				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
35533411	11433553			
B				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<i>Devis</i> <i>Cave.</i> <i>Devis</i> <i>46</i> <i>Devis</i> <i>200,00</i>				
COURS DE STOMATOLOGIE				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
INP : <input type="text"/>				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
COURS DE STOMATOLOGIE				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
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

DELL1-ECHADI

ZAIRI MARIAM 03/02/2023 # 46

~~Dr. ECH-CHADI HIBA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
4908 de Qods Stag 1 Ain Chock Casa~~



Lin

RVG 6200