



Déclaration de Maladie

M23-0024029

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **190025** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1186 Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : MEKRAM ABDELHJ

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél : 0663261326 Total des frais engagés : 15275 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : EL ARBOULI Khadyja

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : _____

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : _____

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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-024029**

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 : _____



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

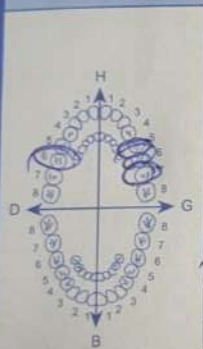
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement carieux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	16	chab Dent		Coefficient des Travaux D35
		Coef Dent		Montants des Soins 875
				Debut d'Execution
				Fin d'Execution

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

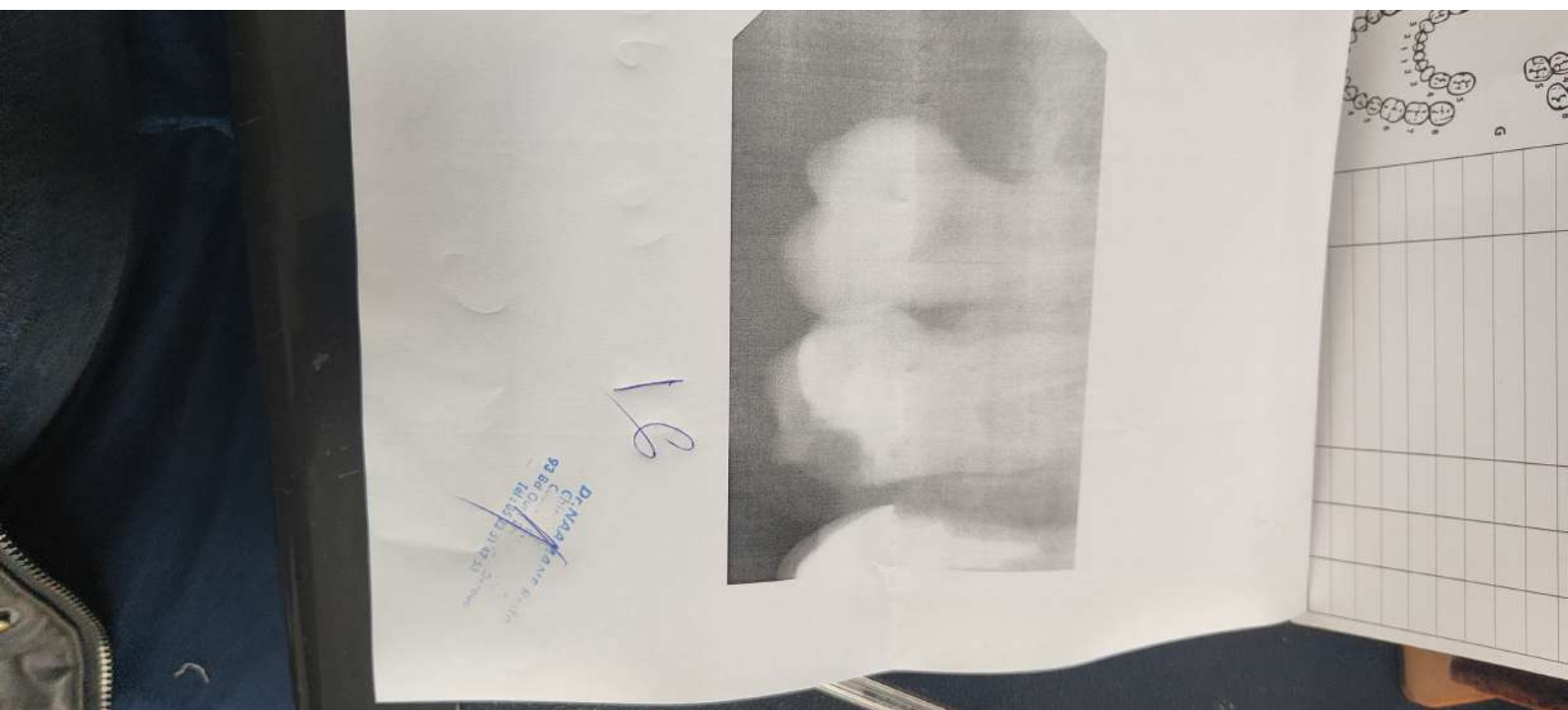
Dony Cn 3el
25-26-28
CN 16

Coefficient des Travaux D720
Montants des Soins 1440
Date du Devis
Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

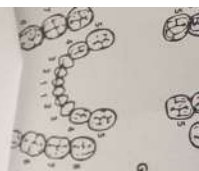
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. Reda
Cocodrive Dentiste
98 Bd. Oum Errebia - Deroua
Tél: 05 22 51 47 52



DR. MAAMANE MOOC
C. CHIRI, 11111, 11111
Tel: 05 33 55 41 73
93 Bd. D. M. 11111

20





IMG20231122155953.jpg



2,7 Mo





CARTE DE RETRAITE

**MEKKAOUI
ABDERRAHIM**

Matricule: 0009586

