

Déclaration de Maladie

W21-838092

192077

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 000850 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL MTOUN Lahoucine

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : Apt 4 Imam Mehdi Rue Ibn Al Arabi
Cite Lakhyam AGADIR

Tél : 0666 166267 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

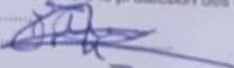
Date de consultation : 22/01/2024

Nom et prénom du malade : EL MTOUN LAHOUCINE Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dabai

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où le malade 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 : Ag. Agade Signature de l'adhérent(e) :  Le 22/01/2024

VOLET ADHERENT

Déclaration de malade W21-838092

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).

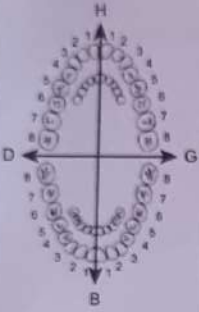
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX D1380 MONTANTS DES SOINS 17 250 DATE DU DEVIS 22/04/24 DATE DE L'EXECUTION
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires	
	Bridge en de 6 Elements de 13 à 23			13 500	
	13 J-c D 759			1250	
	23 J-c D 759			1250	
	12 J-c D 759			1250	
Docteur ABIDI Ahlam VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Tel.: 05 28 22 53 76					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EL MTOUN LAHOUCINE
ID 231948
DOB 01/01/48



Scale 120%



22/01/24 66.0kV 9.0mA 15.0s 133.5mGy*cm²

Dr. Amine Ezzine
Médecin dentiste (Dentiste)
App N° 2 Let 3344