



Déclaration de Maladie : N° S19-0001275

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

192750

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0013019**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **M. ADDOU**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0522 91 20 21**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Mouloud HARIKAK
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthopédie dento-faciale
29, Rue Ilya Abou Madi Casablanca
Tel: 022 27 89 85

Date de consultation : **04/11/2023**

Nom et prénom du malade : **Addou Rita**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Traitement ODF**

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0001275

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **0013019**

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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 94151735												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<i>5ème Semestre du Traitement ODF</i>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Mohamed HARRAK Chirurgien Dentiste Spécialiste en Orthopédie Dentaire 29, Rue Ilyas Abou Madi Casablanca Tel: 022 27 89 85																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="Dgo"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="4000 dh"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text" value="04/11/2023"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																