

N° W21-703181

156153

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2126 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FA. RI. SS. RENOUAL E

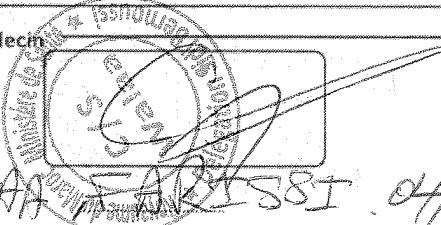
Date de naissance : 07/03/1966

Adresse : 1457 RUE MARRAKCHI 101 MPT N°20 TRA 16 SEC 2

Tél. : 0621792528 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ASMA 14/03/2023

Nom et prénom du malade : Age : 2002

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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° W21-703181

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/01/2023	68 actes			INP 10/01/2023
2023				INP 10/01/2023

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

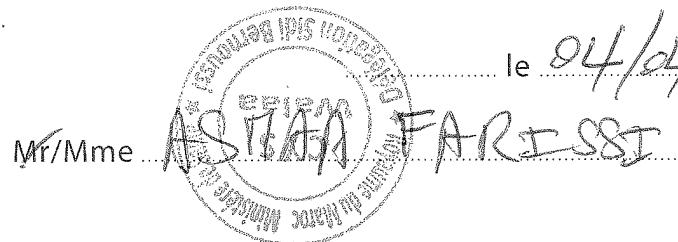
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHÉRENT	
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>	

ORDONNANCE

le 04/04/2023

Mr/Mme



① GAT

② Hb.A1c

③ Viot D.

④ NFS + LCP

Cachet du medecin

