


Déclaration de Maladie
N° M21- 0034324

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6371 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SABRI Mohamed
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél : Total des frais engagés : 9150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : Age :
 Nom et prénom du malade : SABRI ASMAR
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : car

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 : 15/3/25
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : Dem

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 34324

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 :

Le:
Ordonnance



الدكتور نعيم رضا
طبيب جراح للأسنان
تقويم الأسنان
نان - علاج اللثة
راميك

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
	14	trab D14		Coefficient DES TRAVAUX D78																																												
	14	Congr D14		MONTANTS DES SOINS 1950																																												
	15	trab D15		DEBUT D'EXECUTION																																												
	15	Auget D33		FIN D'EXECUTION																																												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX D360																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> <td> MONTANTS DES SOINS 7200M </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td> DATE DU DEVIS </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> cent 22 </td> <td> DATE DE L'EXECUTION </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 14 - 15 </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS </td> <td> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION </td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS 7200M	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	cent 22				DATE DE L'EXECUTION	14 - 15					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
	H		G																																													
	25533412	21433552	00000000	00000000																																												
	00000000	00000000	00000000	00000000																																												
00000000	00000000	00000000	00000000																																													
35533411	11433553																																															
B				MONTANTS DES SOINS 7200M																																												
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS																																												
cent 22				DATE DE L'EXECUTION																																												
14 - 15																																																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																												

Docteur NAAMANE Reda
Chirurgien Dentiste
Chirurgie Parodontale
ODF - Implantologie
Radio Panoramique

Le:

Docteur NAAMANE Reda
Chirurgien Dentiste
Chirurgie Parodontale



15 14

Docteur NAAMANE Reda
Chirurgien Dentiste
Chirurgie Parodontale
ODF - Implantologie
Radio Panoramique
05 22 51 47 53