



Déclaration de Maladie

N° W21-761658

153221

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7805

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENATIA KAWTHAR.

Date de naissance : 29-JUIN-1968.

Adresse : 22, Rue 3 lot Bellevue Californie
CASA

Tél. : 06 61 32 20 93

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16-02-2013

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Devise prothèse.

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 : CASA

Le : 17/02/2013

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-761658

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

Coupons à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

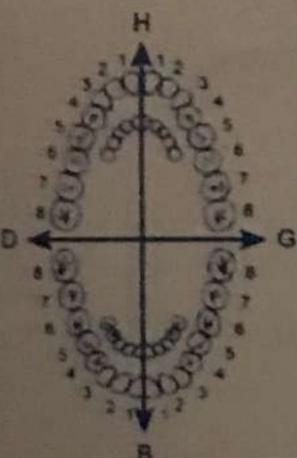
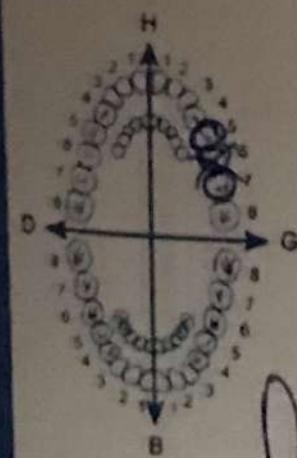
Date de dépôt :

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 : <u>0814444495</u>														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
D.D.F PROTHÉSES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433252</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433252	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433252																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Coefficient des travaux <u>D200x3-</u> <u>D600</u> <input type="text"/>														
				Montants des soins <u>12000,-</u> <input type="text"/>														
				Date du devis <u>25-26-27</u> <input type="text"/>														
				Date de l'exécution <input type="text"/>														
<i>Dr. Nada EL YACOUBI</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>2, Rue Houari Boumediene</i> <i>El Kharram, Rés. JET CAT 2</i> <i>El Menzah 5ème arrondissement</i> <i>Tunis - Tunisie</i> <i>Tel: 0000 589 589</i> <i>GSM: 0000 589 589</i>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU

Dr. Nadia EL YACOUBI
Chirurgien Dentiste
Rue Hosseini, 100, 1000
Rés. du 1er ét. 2ème
ferme bretonne
GSM: 0000000000

~~DR. Nadia EL YACOUE~~
~~Chirurgien Dentiste~~
~~2, Rue Hosanna, ad. Omar~~
~~Al Kharam, Rés. du C.A.T. 2ème Etage~~
~~N° 4 G. Ferme Blanche~~
~~Tel: 05 22 26 60 17 - GSM: 0600 589 586~~

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nadia Elyacoubi

kawthar benatia



Date du cliché : 19/01/2023

Localisation : 25, 27

Commentaire :

Dr. Nadia EL YACOUBI
Chirurgien Dentiste
2, Rue Hodhoy, Bd. Omar
Al Khayam, Rés. du CAF, 2ème Etg
N° 4, G. Tente, Breionne
tél. 05 22 28 60 17 - 06 00 589 589