



Déclaration de Maladie

N° W21-795349

123768

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *impeoul* Age: *26*

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *malin* *FATIMA*

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° W21-795349

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 :

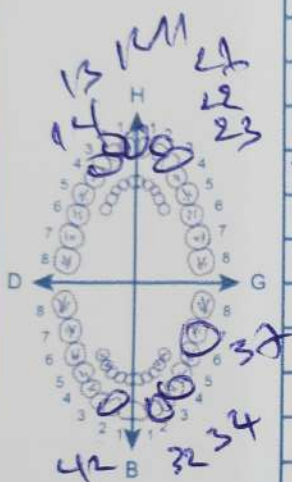
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Demande de Paie en charge.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

SOINS DENTAIRES



| Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|----------------|------------------|-------------|
| 32 | | |
| 34 | | |
| 42 | | |
| 32 | | |
| 14 | traitement | |
| | canal | |
| 13 | | |
| 12 | | |
| 11 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |

INP : 0904161461

Coefficient des Travaux

D308

Montants des Soins

7700

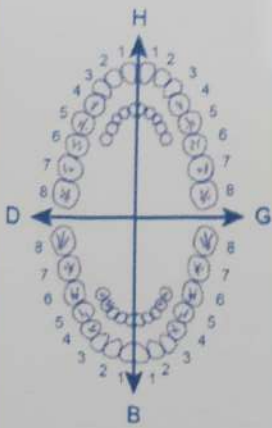
Début d'exécution

04/04/2023

Fin d'exécution

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| B | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

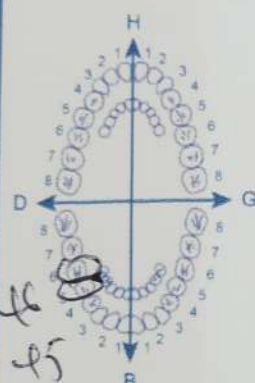
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser le dent traité, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|--|----------------|------------------|-------------|
|  | 2 implants | | |
| | 45 et 46 | | |
| | + 2 canaux | | |
| | 2 implants | | |
| | 45 | 46 | |
| | D 560 x 20 | | D 1120 |

INP : 1994181461

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D 1120

MONTANTS DES SOINS

22000
sh

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 0241714161 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|--|--|--|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | 20 Couronnes | céramo | | COEFFICIENT DES TRAVAUX D15080 | | | | | | | | | | | | |
| | 20 Couronnes | métallique | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4600 x 20 = 80000 | | | | MONTANTS DES SOINS 80000 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| <p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>  | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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> | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

