



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 :

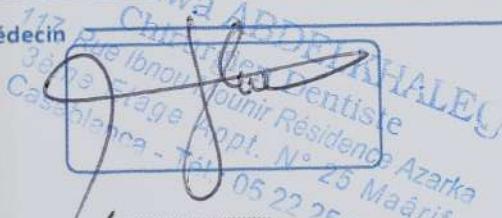
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p~~l~~confidential 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 : / /

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 :

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

*Demande de Paix
en claque.*

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 494161461
	37			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D308"/>
	34			
	42			
	32			
	14	traitement canalique		
	13			
	12			
	11			
	21			
	22			
	32			
	34			
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	H	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="7700 202"/>
		B	G	
		00000000 00000000	21433552 00000000	
		00000000 35533411	00000000 11433553	
		B	G	
		[Création, remont, adjonction]	H	MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="04/04/2023"/>
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	G	
		D	B	
		DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	DATE DU DEVIS <input type="text" value=""/>
		DATE DE L'EXECUTION	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

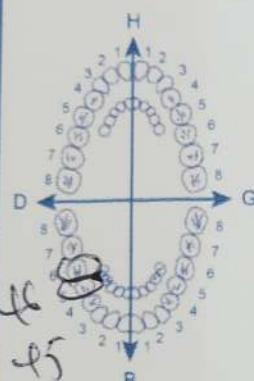
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

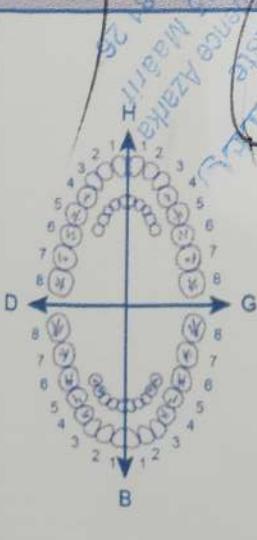
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'DDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1934 n° 1461
				Coefficient des travaux D1120
				Montants des soins 22000 ALB
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

DDF
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

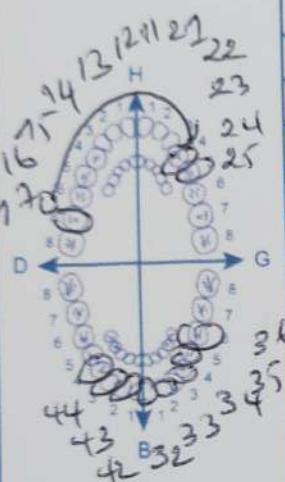
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

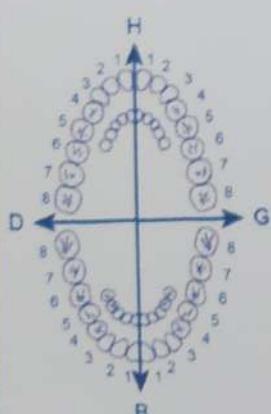
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	do Composées cavités - métalloplastique	4000 x 20 = 80000 1h D 180 x D 7754 D 774 x 20 = D 15080 1h	INP : <u>09411514161</u>
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <u>D 15080</u>	
		MONTANTS DES SOINS <u>80000</u> <u>15080</u>	
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	

O.D.F.
PROTHÉSES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	B
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Naudet
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

