



# 123768

## Déclaration de Maladie

N° W21-795349

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : .....

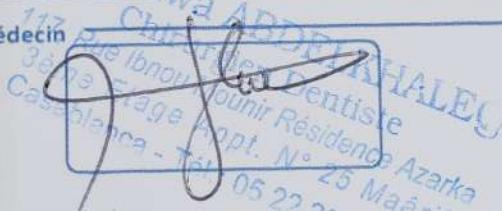
Date de naissance : .....

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 : .....

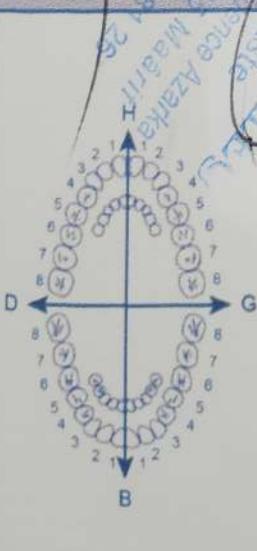
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1934 n° 1461
				<b>Coefficient des travaux</b> D1120
				<b>Montants des soins</b> 22 000 ALB
				<b>Début d'exécution</b>   
				<b>Fin d'exécution</b>   
				<b>Coefficient des travaux</b>   
				<b>Montants des soins</b>   
				<b>Date du devis</b>   
				<b>Date de l'exécution</b>   

ODF  
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

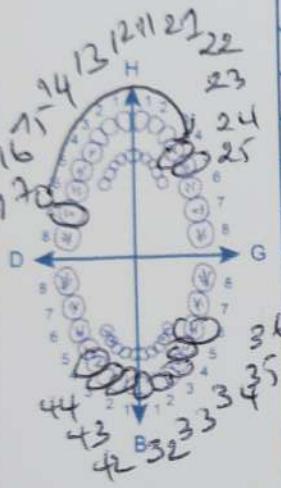
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

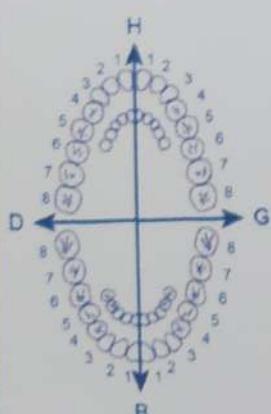
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**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
	<del>do canines</del> <del>cavités</del> <del>métalloplastique</del>	<del>4000 x 20 = 80000</del> <del>1h</del> <del>D 180 x D 7754</del> <del>D 774 x 20 = D 15080</del>	INP : <u>09411514161</u>
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <u>D 15080</u>	
		MONTANTS DES SOINS <u>80000</u> <u>15080</u>	
		DEBUT D'EXECUTION <u>1h</u>	
		FIN D'EXECUTION <u>1h</u>	

O.D.F.  
PROTHÉSES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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.

*Demande de Paix  
en claque.*

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 494161461
	37			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text" value="D308"/>
	34			
	42			
	32			
	14	traitement canalaire		
	13			
	12			
	11			
	21			
	29			
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	H	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>
	D	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	
	B	B	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION