

Maladie

Dentaire

Optique 159591

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2504 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FERIATI ABDELHADI

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : lot Yabrouka 99 route Asag M'chach

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : KRID AMINA Age : 58

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : prosthe歛 dentaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : M'chach

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie **M22-0057518**

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 : 2504

Nom de l'adhérent(e) : KRID AMINA

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'ODF.

A blue ink signature is written over a red rectangular stamp. The stamp contains the text 'PHARMACIE DE LA CITE' on the top line and 'PARIS 13' on the bottom line. The signature is handwritten and appears to be a name, possibly 'Kouassi'.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**