

☐ 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 7, BRUKA 99 ROUTE A SAG YAMACHECH

Tél : 0661149294 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KRIS AMINA Age: 58

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : prothèse 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 : Yamachech

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) : KRIS AMINA

Total des frais engagés :

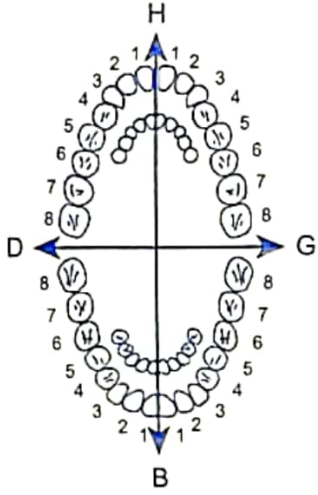
Date de dépôt :

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

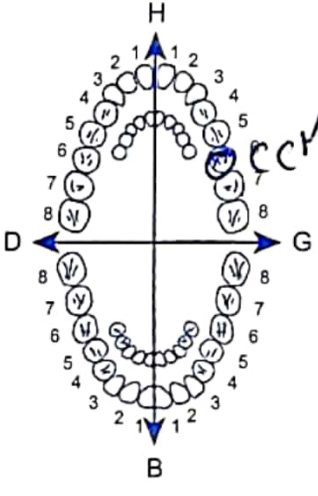
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <p>D</p> <table border="1"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
		MONTANTS DES SOINS								
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	DATE DU DEVIS								
	<p><i>Deviz</i> <i>denture complète</i> <i>d'un côté</i> <i>metallosur hybrid</i> <i>le 26</i> <i>3000,00</i> <i>2180,00</i></p>									
		DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION