



Déclaration de Maladie

N° W21-729325

162077

Maladie



Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12941

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BASSI YOUNESS

Date de naissance : 09.10.1978

Adresse : Résidence Andalousia Jm 78 App 12

Bd Anouar Lasa

Tél. : 0660 16 41 05

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/05/2023

BABSO TINES

Age: 8

Nom et prénom du malade :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Dev's ODF 6 mois tre

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicconfidential 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 : CASA Le : 22/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-729325

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



CLINIQUE DENTAIRE FODDA

Casablanca, le 22/05/2023

Devis d'honoraires

Patient : ODF basri ines

| Dent | Acte | Honoraire |
|------|--|------------------|
| 1848 | TraITEMENT ODF 6 SEMESTRES CONVENTIONNEL | 21 000,00 |
| | TOTAL | 21 000,00 |

Somme arrêtée à : vingt un mille dirhams

CENTRE DENTAIRE FODDA



Signature du patient ou du tuteur légal

Note : Le patient (ou le tuteur légal) reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement et avoir été informé sur la procédure de maintenance.