

162928



# Déclaration de Maladie

N° W21-800873

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2143 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELASSRI Abdelasselem

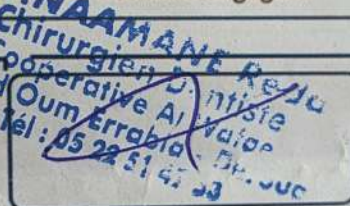
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 25 97 485 Total des frais engagés : 48000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/5/23

Nom et prénom du malade : ELASSRI Abdelasselem

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 pli confidentiel à l'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le 31/5/23

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-800873

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



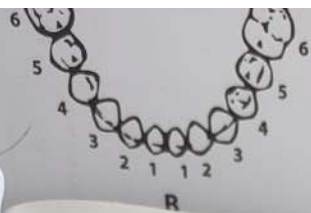
et et signature du Médecin  
 tant le Paiement des Actes

de la Facture

Montant  
 des Honoraires

Montant détaillé  
 des Honoraires

ure de tous



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

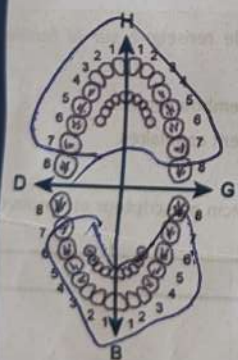
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :  
 Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

PAT H D  
 PAT B D

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text" value="2940"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text" value="48000"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text" value="20"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text" value="20"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. NAAAMANE Reda  
 Chirurgien Dentiste  
 Bd Oum Errabia - Dera  
 Tel: 05 22 51 47



**RETRAITE**

**ELASRI ABDESSELAM**

**0002143**



القوات الملكية المغربية  
royal air maroc