

162928



## Déclaration de Maladie

N° W21-800873

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2143	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELASRI Abdesselam			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06102597485 Dr. Total des frais engagés : 48000			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. NAAMANE ABDERRABE	
Chirurgien opérateur à l'Ass. Régionale	
Oum Errabia Al-Jaïd	
Tél. : 0522514123 B.P. 100	
Date de consultation : 31/5/2015	
Nom et prénom du malade : ELASRI Abdesselam	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 piconfidentiel à l'adhérent 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 : 31/5/2015

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

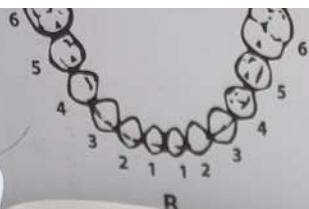
Déclaration de maladie

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) :



et et signature du Médecin  
tant le Paiement des Actes

## de la Facture

**Montant  
des Honoraires**

### Montant détaillé des Hongraine

ure de tous

### 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PAT H D  
PAT B D

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA EN GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Dr Reda Dentiste  
198 Bd Général de Gaulle - 92100 Boulogne-Billancourt  
Téléphone : 01 46 51 47 42

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ



**RETRAITE**

**ELASRI ABDESSELAM**

**0002143**



الخطوط الملكية المغربية  
royal air maroc