



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034330

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3486

Société : 163609

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : General Mahon

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 4225

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/05/2019

Nom et prénom du malade :

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'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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/05/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 34330

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

S
 et signature du Médecin
 attestant le Paiement des Actes

Montant de la Facture

Montant des Honoraires

Montant détaillé des Honoraires

la fourniture de tous
 le.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		6 dents	

Coefficient des Travaux **D25**

Montants des Soins **625**

Début d'exécution

Fin d'exécution

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> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>
	CM 46

Coefficient des Travaux **D180**

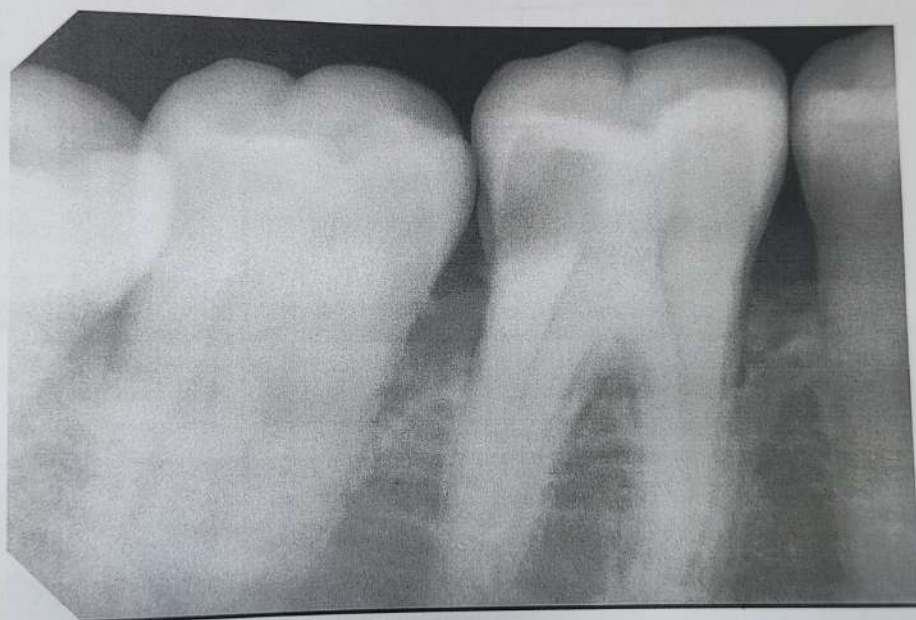
Montants des Soins **3600**

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

(Stamps and signatures are present in this section)



49

DR. NAAMANE Reda
Chirurgien Dentiste
93 Bd. Ouhalla - Derbou
Tel.: 85.45.51.47.53

15

شوال

23

الاثنين
Lundi
Monday

16

شوال

24

الثلاثاء
Mardi
Tuesday

17

شوال

25

Mer
Wedne

08

08

08

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

فاطمة
عويوط
مزايدة بكاريج
ب بوسكورة النواصر

FATIMA
AYOUT
Née le 1960
BOUSKOURA NOUADEUR

الأمير محمد السادس
عبد الطيف حموشي

رقم BH551980

Validité jusqu'au 06.09.2032

صلاحية إلى غاية

MOHAMED GOUAL
0003486

الخطوط الملكية المغربية
royal air maroc

RETRAITE

member of oneworld

Notes