

## Déclaration de Maladie : № S19-0051899

 Maladie

 Dentaire

 Optique

176320

 Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07306 Société : R.A.N.

 Actif

 Pensionné(e)

 Autre:

Nom &amp; Prénom : SOUAZ Fatma Date de naissance : 13.7.1965

Adresse : 106, rue du 1er Juillet

Tél. : 661305484 Total des frais engagés : 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
 Dr. LAZRAK LAILA  
 ORTHODONTISTE

  
 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
 Centre Dentaire  
 № INP : 090031862

Date de consultation : / / /

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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 :

Le : / / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie № S19- 0051899

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Matricule : .....

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Nom de l'adhérent(e) : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr. LAZRAK LAJDO  
ORTHODONTISTE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Centre Dentaire

N° INP : 090061862