

# Déclaration de Maladie

M22- 0035882

Maladie

Dentaire

Optique 180001

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 05480 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMMAR Abdelkader

Date de naissance : 16/03/1965

Adresse : habituelle

Tél. : 06 61 10 90 59

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2015

Nom et prénom du malade : EL SAID Fathia. Age : 13 (ans)

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathie -

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : Casablanca

Le : 16/10/2015

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0035882

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 :

## 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'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

Spécialiste en orthopédie et kinésiologie

Bd. Al Qods Résidence 103

Télé : 05 22 50 35 03

## VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION