

Déclaration de Maladie

N° W21-827461

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : <u>26985</u>	Société : <u>24</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	Pensionné(e)	Autre :	<u>106821</u>
Nom & Prénom : <u>Hirchi BOUGHABA</u>			
Date de naissance :			
Adresse : <u>0662111328</u>			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Dr. <u>IBNOUACHEIKH Aya</u> Chirurgien Dentiste Angle Jbn Zatara & Med V imm Nakhla 1 Appt 2 CENTERA TEL : 05242368771 MOB: 0644107387		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>13/11/2023</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>Hirchi Bouchab</u>	Age :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Parodontite apicale chronique sur les 25, 35, 44 et 45</u>		
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'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 N° W21-827461

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 :

A N NULER-2^e 6985

CINQ DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DIY 054181644												
			Dents 1er 2 brutes cératique - velvétage. brutes: 36 → 37 velvétage Dental		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
			brutes 2: 43 → 44 velvétage Dental		MONTANTS DES SOINS												
			Dr. AMLOU DENTISTE 15, Avenue de l'Industrie Télé: 03 83 13 51 55 Email: amlou-dentiste@gmail.com		DEBUT D'EXECUTION												
					DATE D'EXECUTION												
O.D.H. OTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT DE MASTICATOIRE			DIY 054181644												
		<table border="1"> <tr> <td>15. N°</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>28533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			15. N°	H	28533412	21433552	00000000	00000000	<input checked="" type="checkbox"/> 00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
15. N°	H																
28533412	21433552																
00000000	00000000																
<input checked="" type="checkbox"/> 00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
					16 000,00												
					DATE DU DEVIS												
					Dr. AMLOU NAMOY 20/03/2020												
					Medecin Dentiste 15, Avenue de l'Industrie Télé: 03 83 13 51 55 Email: amlou-dentiste@gmail.com												

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

A N NULER