



Déclaration de Maladie

M22- 0017162

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

146454

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2507 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : Yemel Touris

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0607 392438 Total des frais engagés : 9250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 / 1 / 23 Age : 123

Nom et prénom du malade : Yemel Touris

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 24 / 1 / 23

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0017162

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

السبت
Saturday

الجمعة
Sunday

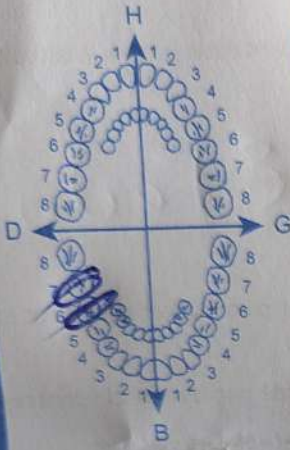
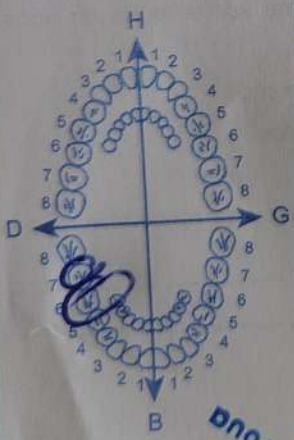
13	20	27
14	21	28
15	22	29
16	23	30
17	24	
18	25	
19	26	

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	
	46	Cap	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>D72</u> MONTANTS DES SOINS <u>2050</u> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	47	Cap	D10	
	48	Cap	D10	
	49	Cap	D10	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div> <p>G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> </div> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>D360</u> MONTANTS DES SOINS <u>7200</u> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<p>can 96</p> <p>can 48</p>			
	<p>can 96</p> <p>can 48</p>			
	<p>can 96</p> <p>can 48</p>			

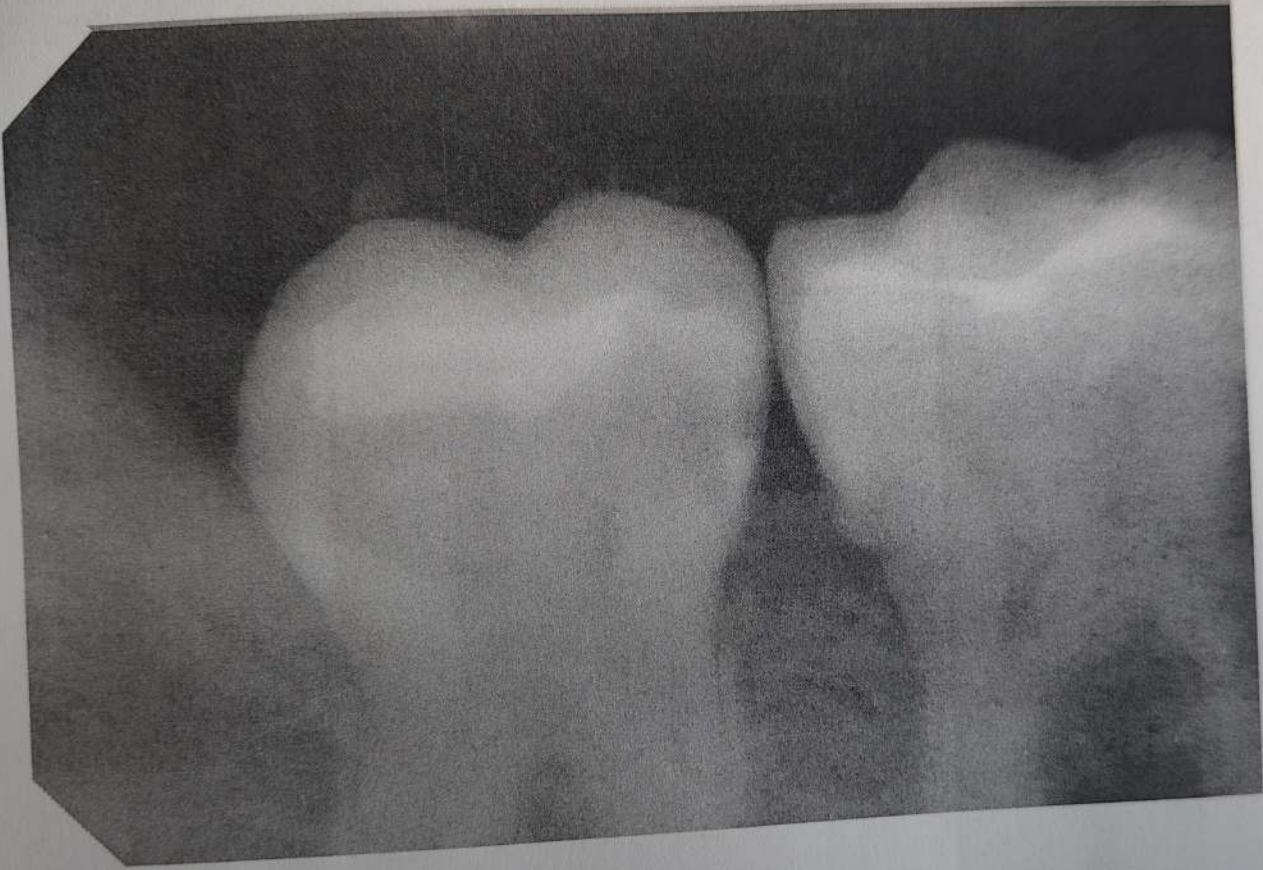
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

السبت
amedi
turday

Dimanche
Sunday

20 27
21 28
22 29
23 30
24 31
25
26



42

46

~~Dr. NAAM
Chirurgien Dentiste
93 Bd Oum el Kheir - Derboua
Tel. 022 51 47 53~~



4

ذو القعدة

08

09

10

11

12

5

ذو القعدة

lundi

mardi

mercredi

jeudi

vendredi

samedi

dimanche



CARTE DE VEUVE

JEMEL TOURIA
Veuve JAMAL AMOR
0002507



القوات الملكية المغربية
royal air maroc