

VOLET ADHERENT

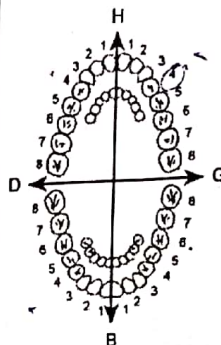
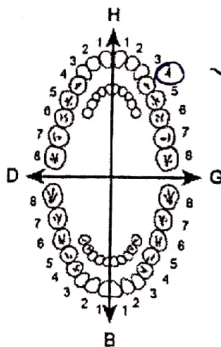
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	2	4	Pulpecoup	
	2	4	Plombage	
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	Couronne en Croquis sur max 24			DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr CIOINEAG GEORGE LUCIAN
 MEDIC STOMATOLOG
 competență implantologie
 cod 908746



Déclaration de Maladie

N° W21-790166

Maladie: ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 6417 Société: RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre:

Nom & Prénom: MOUSLIM OTHMANE

Date de naissance: 22-10-1963

Adresse: habituelle

Tél.: 0661461838 Total des frais engagés: Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Dr. COINEAG GEORGE LUCIAN
MEDIC STOMATOLOG
compétence implantologie
cod 908745

Date de consultation: 01/10/2023

Nom et prénom du malade: MOUSLIM Othmane Age: 59 ans

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

Nature de la maladie: douleur

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: BACCAR ROUMANI

Le: 01/03/2023

Signature de l'adhérent(e):

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-790166

emplissez ce volet, découpez le et conservez le. sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule:

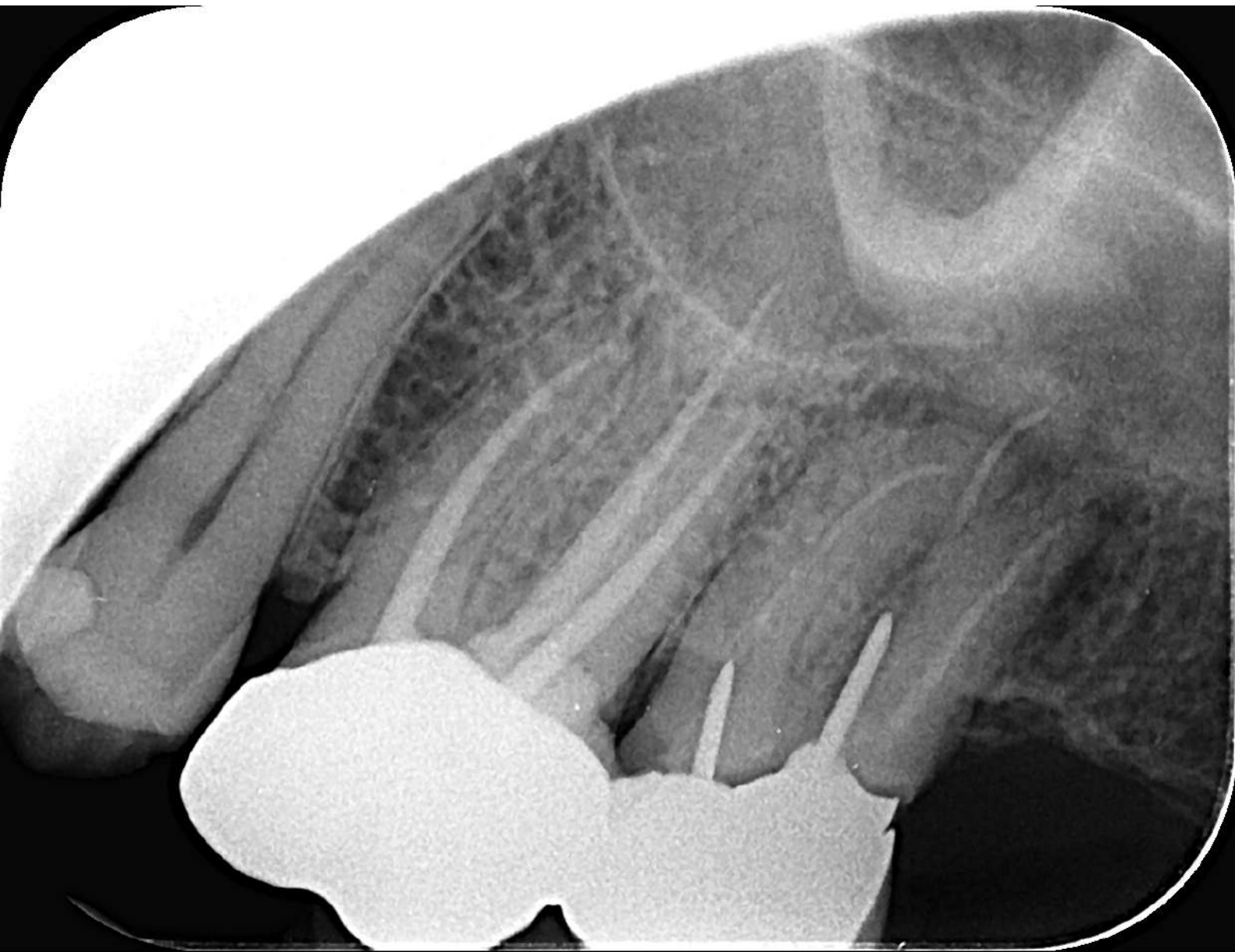
Nom de l'adhérent(e):

Total des frais engagés:

Date de dépôt:



Name: OTHMANE MOUSLIM
Date/Time: 03.03.2023 14:45:18



Name: OTHMANE MOUSLIM
Date/Time: 03.03.2023 14:47:04
Tooth numbering: 27