



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0034329

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2166 Société : 163363

Actif  Pensionnée  Autre :

Nom & Prénom : Nezlaoui Bouchra

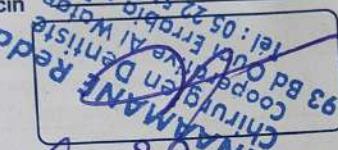
Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0660246771 Total des frais engagés : 4473 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/6/23

Nom et prénom du malade : Nezlaoui

Age : 28

Lien de parenté :  lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 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 : DR Le : 16/06/23

Signature de l'adhérent(e) : Nezlaoui Bouchra

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 34329

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 : .....

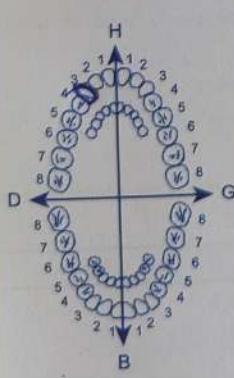
Date de dépôt : .....

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

Funcionamiento

### COEFFICIENT DES TRAVAILX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

DR. NADAMANTHE COOPÉRATIVE D'ÉPARGNE  
93 BD DUMERIL 75232 PARIS CEDEX 2  
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



13

DR. NARAYANE REDD  
CHIRURGON & DENTIST  
93 Bd. Oum Dzil  
Coopurhola, Nizamabad  
Tel: 0522-2211515  
Mobile: 09843211515  
Email: drnareddinizamabad@gmail.com



1900 Vlelli

✓ Ropy  
a.

