

REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

168320
N° W21-671169
Déclaration de Maladie
Outputne
Autre

MUPRAS
Mueller de Fribourg
et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Matricule : 4984	Carrière réservée à l'adulte(e) : —
Section : —	Scolarité : —
Numéro : HARDI0	Nom & Prénom : Marie-Sophie
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensio(n)ne(e) <input type="checkbox"/> Autre : —	Date de naissance : 24/04/68
Adresse : High school N°15 N°15 rue de l'Europe	
Télé : 06/66/2411151	

Cadré réservé au Médecin :		Cachet du médecin :	
Centre Kourou 31, Bd. 25 Mars, au 1 ^{er} étage Médecin : 3		Agence 102, Bd. 25 Mars, au 1 ^{er} étage Médecin : 3	
Date de consultation : 15/12/2022		Nom et prénom du malade : HAGUE	
Lieu de naissance : Agde		Nom de parenté : Marié	
<input checked="" type="checkbox"/> Confidentiel <input type="checkbox"/> Confidentiel		Nature de la maladie : Maladie de la peau	
En cas d'accident préciser les circonstances :		Dans le cas où la maladie aurait un caractère contagieux, communiquer les renseignements suivants pour prévention à l'administration du ministère concerné de la Santé publique	

VOLTE ADHERENT	
Declaracion de malade	Nº W21-671169
Remplissez ce volatile, decoupez le et conservez le.	
Matricole : _____	Si sera nécessaire de le présenter pour toute demande d'admission ultérieure.
Numéro de l'adherent(e) : _____	Nom de l'adherent(e) : _____
Toucher des rats enragés : _____	Toucher des rats enragés : _____

Signature de l'adhérente : ANNE / 2022
Fait à : Paris le : 14/04/2022
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles
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

Nature de la maladie : maladie de la peau
En ces d'accident préciser les causes et circonstances : maladie de la peau
Dans le cas où il maladie ait un caractère contagieux, communiquer les renseignements suivants : maladie de la peau
Dans le cas où il maladie ait un caractère contagieux, communiquer les renseignements suivants : maladie de la peau

Date de consultation : <u>10/12/2022</u>	Prénom du malade : <u>HASSANI YOUSSEF</u>	Age : <u>4 ans</u>
Nom et prénom du malade : <u>HASSANI YOUSSEF</u>		Age : <u>4 ans</u>
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Membre <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent		

Authorisation UNDP: A-A-213/2013

de la sonne et la morte à moins 3 mois à compter de la première consultation.
est efficace pour toute hospitalisation majeure, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
's, prodromes orthodontiques, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
que déclinaison présente les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de
ces effets dans un tableau.

andamento del drama romanesque
más cercano del drama romanesque per a prestat en un mateu ordinament la natura de la maladie.

HONORAIRES

éclarer la dent traitée (radiographie) et en indiquant la nature des soins.

graphique en cas de problème de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: 0194092307

Coefficient

Soins pratiques

1. Self check for self check

COEFFICIENT
DES TRAVAUX
63

26 + 744

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. Four axes are drawn: A (vertical), B (horizontal), C (diagonal), and D (diagonal). A point G is marked at the top center, and a point D is marked at the bottom center.

24
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

O.D.F.
PROSTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEURE MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAIL

رباع
لثاء
بنين

- 100 -

102

۱۰۷

20

les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



