

## Déclaration de Maladie : N° S19-0049853

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

162269

Matricule : 10594 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL HAYLANI Date de naissance :

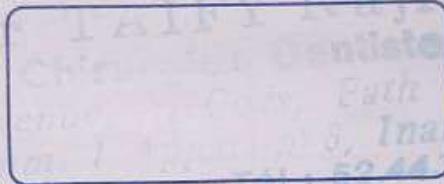
ABDELLAH M

Adresse :

Tél. : 0661 269283 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/07/2027

Nom et prénom du malade : LADNANI LATIF Age : 51

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Pneumonie

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) :

VOLET ADHERENT

N° S19- 0049853

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**162269** Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traités endodontiques, ainsi que le bilan de l'ODF.

162269

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements complexes, ainsi que le bilan de l'OOF.						
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
				MONTANTS DES SOINS		
				DEBUT D'EXECUTION		
				FIN D'EXECUTION		
	<p><b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b></p> <p><i>sec M du 15/03</i></p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			<i>D 1400</i>
					MONTANTS DES SOINS	<i>28000 FDK</i>
					DATE DU DEVIS	<i>24/07/22</i>
			DATE DE L'EXECUTION			
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonction : Therapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>sec M du 18/08</i></p> <p><i>D 1400</i>  <i>an 15 au 23</i></p>						
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p><i>Naib</i></p>						
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>						

