

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 :

Adresse : ABDEERAHM

Tél. : 0661 269283 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/2023

Nom et prénom du malade : LADNANI LATIFIA Age : 59

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

Nature de la maladie : Prélèvement de sang

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

N° S19- 0049853

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

162269

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

162269

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
					MONTANTS DES SOINS																								
					DEBUT D'EXECUTION																								
					FIN D'EXECUTION																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			25533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																											
25533412	21433552																												
00000000	00000000																												
D			B																										
00000000	00000000																												
25533411	11433553																												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																									
	28000 - 28000			DATE DU DEVIS																									
	240720			DATE DE L'EXECUTION																									
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																											

