

Déclaration de Maladie

M23- 021398

Maladie

Dentaire

Optique **184934** Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **11037** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BEN MAKHLOUF LATLA**

Date de naissance : **25-10-74**

Adresse : **80 Lot HANZA Apt 6 Sidi Marouf Casablanca**

Tél. : **0661749599** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZAHIR Mohamed Amine
N° 101 Angle Bd. Cadi Ayad & Bd. Qods
1er Etage Sidi MAAROUF
CASABLANCA (T&H) - 05 22 58 06 32

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **Chenkaoui Ines** Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **ODF**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

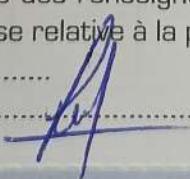
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **Casablanca**

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-021398**

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 :

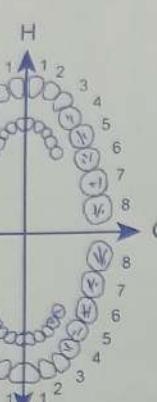
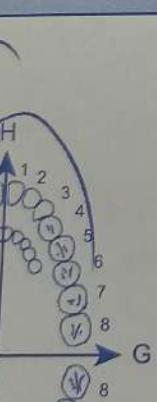
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

important:

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

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 			COEFFICIENT DES TRAVAUX D50												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS 250000
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession DATE DU DEVIS 29-11-23			DATE DE L'EXECUTION 25-12-23												
		D50 : 250000 Dr. Zaher Mohamed Amin Dentiste à la clinique ZAHIR 10, rue Bd. Cadi Ayad & Bd. Oued Noun Sidi MAAROUF Casablanca 22500															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur ZAHIA Mohamed Amine
N° 101 Anjil Bd Cadi Ayad & Bd. Qods
1er Etage SIDMAONI
CASABLANCA TEL. 0522 58 06 32

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION