

Déclaration de Maladie

M22- 0036429

Maladie

Dentaire

Optique

196393

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11784 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABBOU M.A HACHE

Date de naissance : 26-10-1977

Adresse : 11. RESIDENCE PATINE II, Rue TAIST HUSSAIN

Gauthier. C18A BLANCA

Tél. : 0638385689 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr: BENJELLOUN SAAD

Chirurgien Dentiste

24, Rue 6, Béb Fokara
1^{er} Etage - Casablanca

Date de consultation : 29.09.2014

Nom et prénom du malade : Abbau MARRACHE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dentiste dentaire + Parodontal + Bridge + Différent

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M22- 0036429

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 :

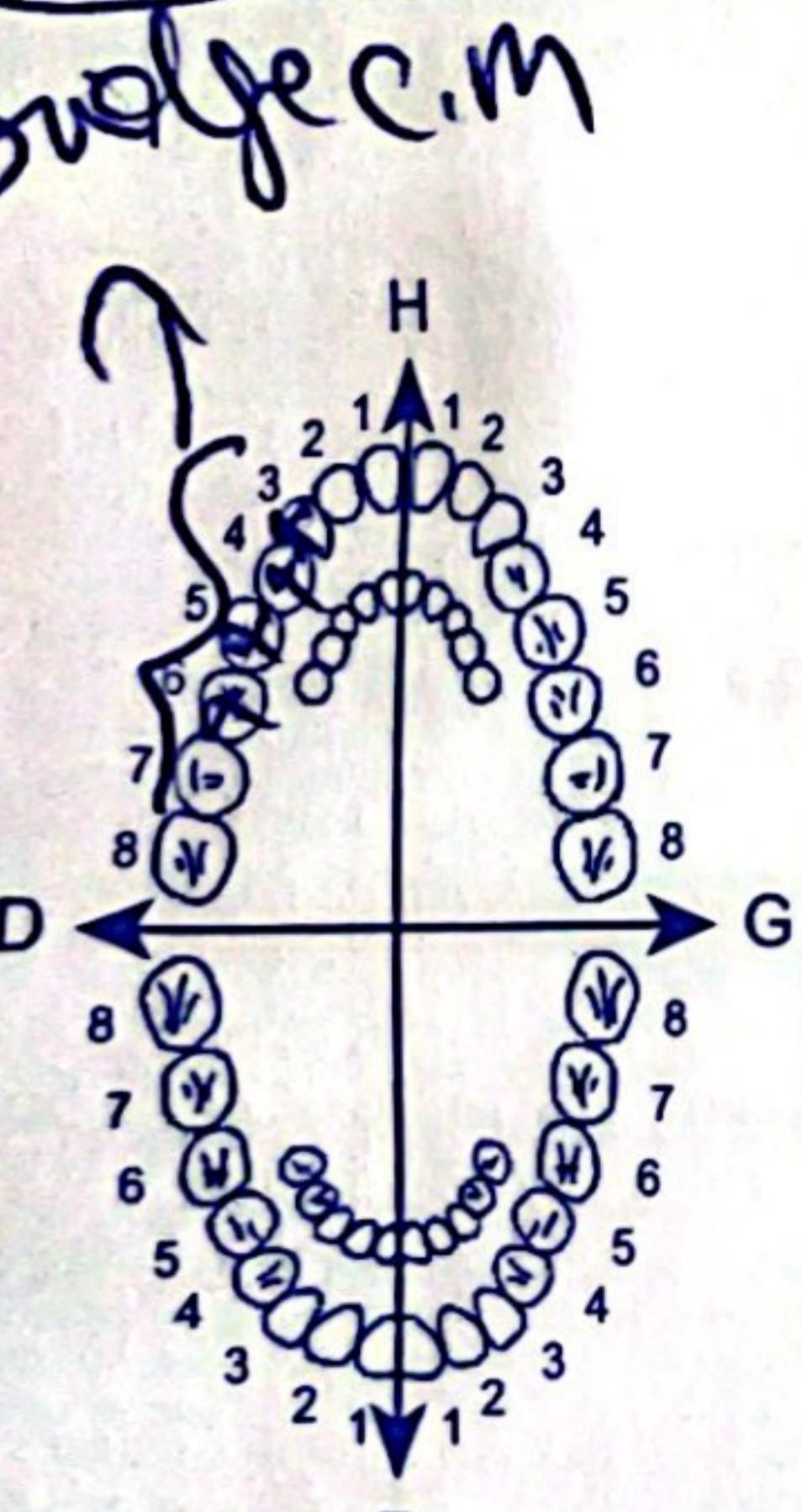
Date de dépôt :

BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

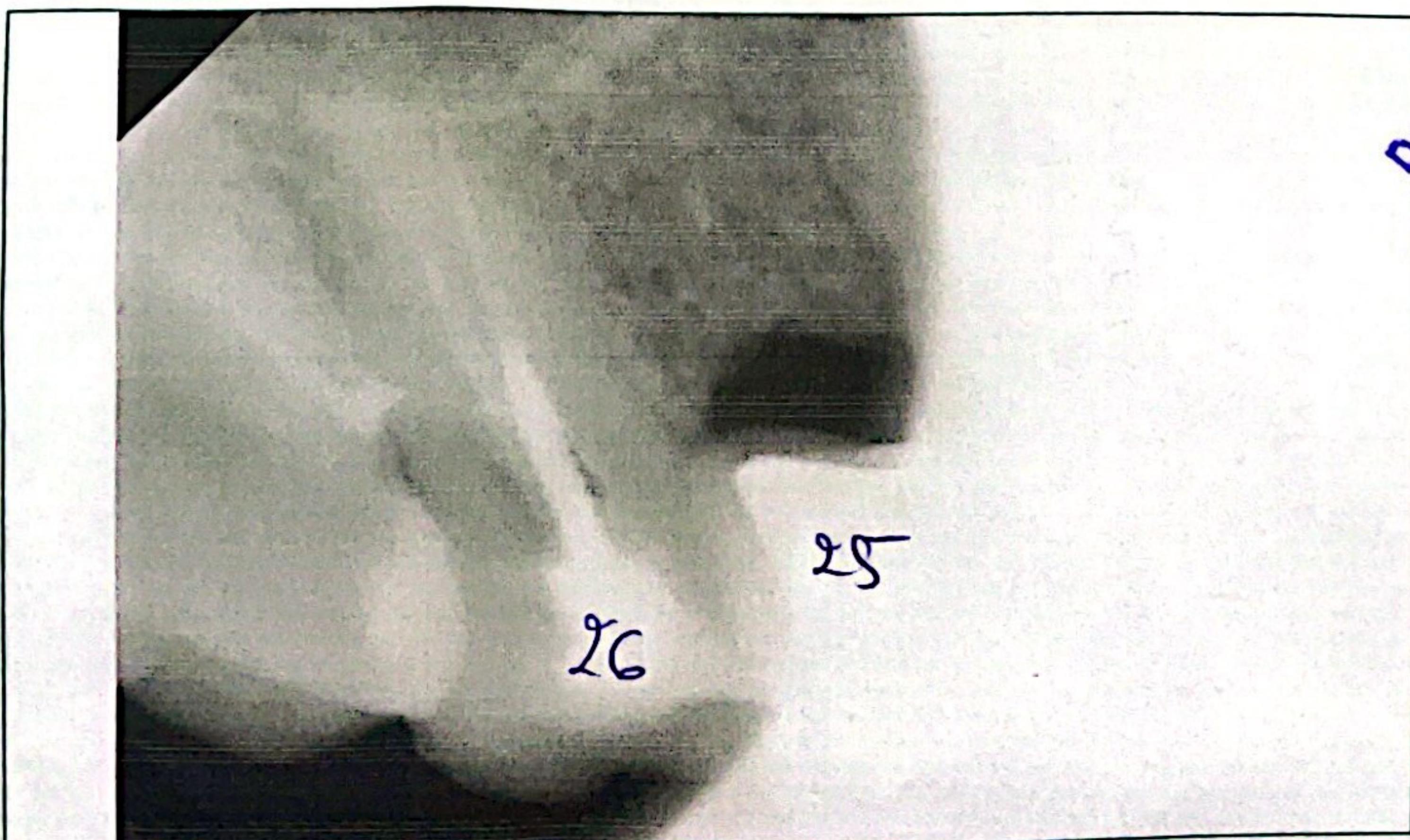
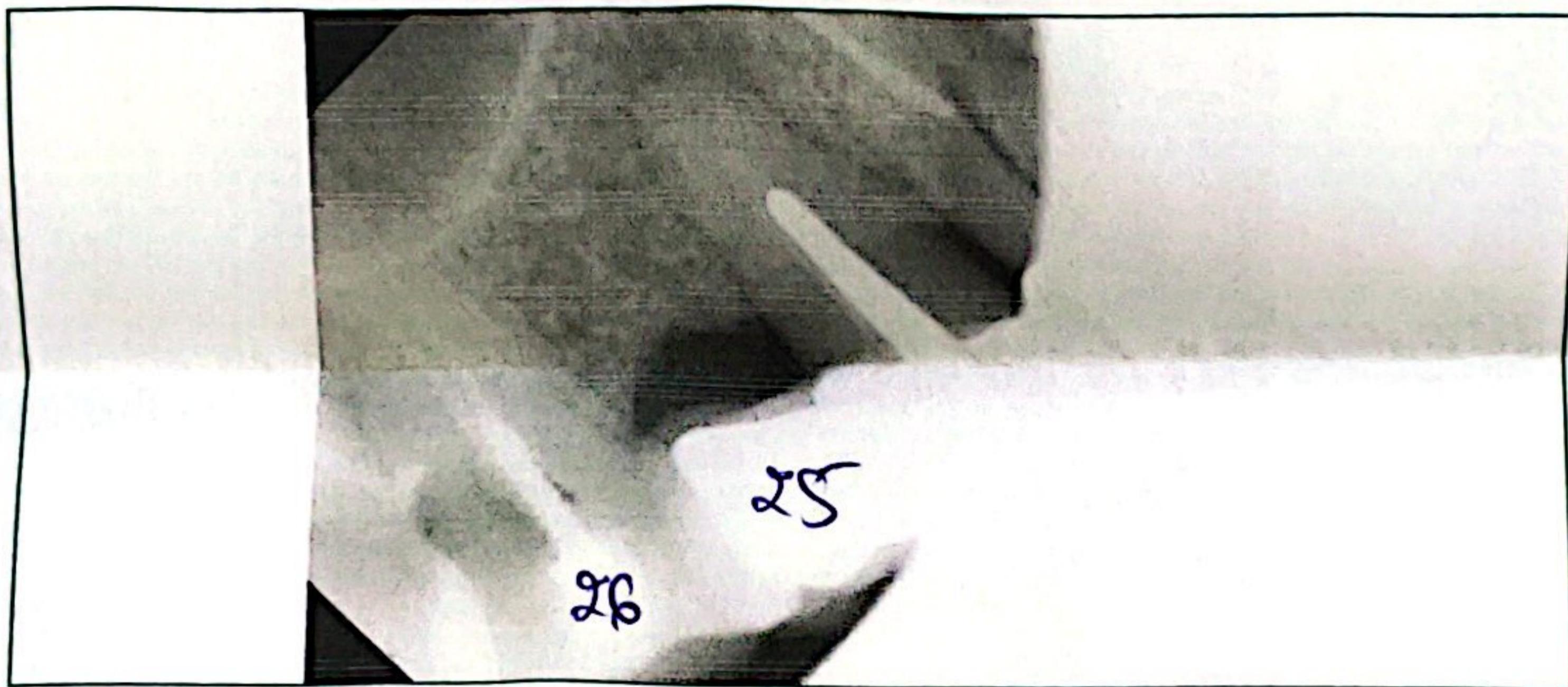
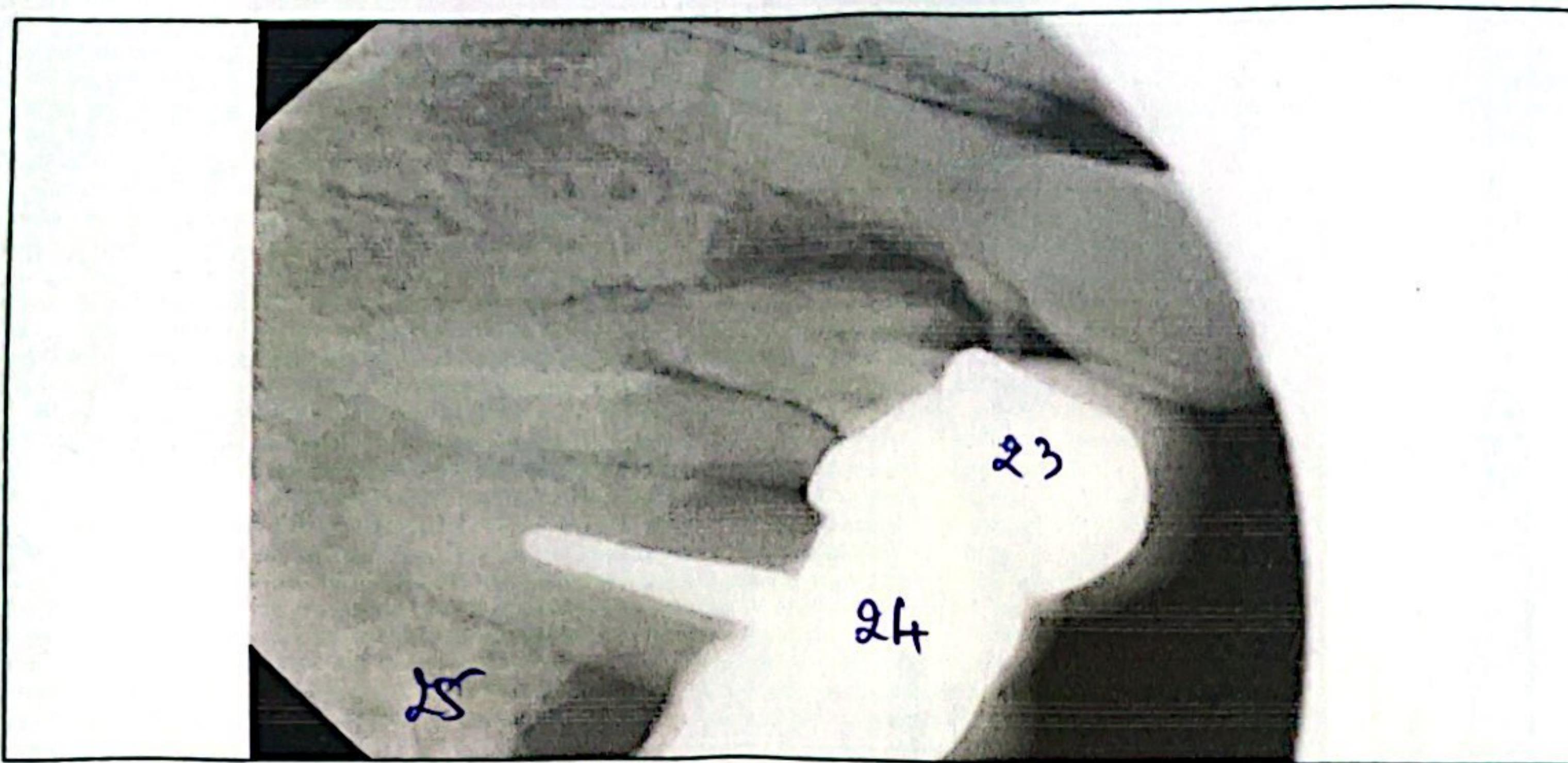
<p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p><i>Bridge C.M</i></p> 	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="padding: 5px; border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>Bridge C.M Sm</i></p> <p><i>13, 14, 15, 16</i></p> <p>Dr. BENJELLOUN SAAD Chirurgien Dentiste 24, Rue 8, Derb Fokara 1er Etage - Casablanca</p> <p>Dr. BENJELLOUN SAAD</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p><i>4 x D 1000 = D 1000</i></p>	<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p><i>12.000</i></p>	<p>DATE DU DEVIS</p> <p><i>02/02/1 8894</i></p>	<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p><i></i></p>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			

Dr. BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste
VISA 24, RUE 6, DÉPARTEMENT DE GRARA
1^{er} Etage - Casablanca

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

02/02/2024

Chart No: 20240131_102430
Name: abbou mahaeline Gender: Femme Age: 0Y



~~Dr. BENJELLOUN SAAD
24, Rue 6, Elane, Casablanca
Chirurgien Dentiste
Avant~~