

15 Cbt + Ra.
ex 45.
41 / U2
AF

Optiwa
DENT



Déclaration de Maladie
N° P19-0036775

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2502

Société : Veuve

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Jemil Touria

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/1/24

Nom et prénom du malade : Jemil Touria

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Le : 29/1/24

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0036775

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 :

Cbt + Ra.
 ex 45.
 41/42
 AF



RELEVÉ 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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 21433052 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX D920	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS 4400	
	IC D40 cen D130 44		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

Dr. NAAM
 Chirurgien Dentiste
 23 Boulevard de la République
 93000 Bobigny - France
 Tél. 01 48 51 47 53

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAAMANE Reda
Chirurgien Dentiste
Chirurgie Parodontale
ODF - Implantologie
Radio Panoramique



الدكتور نعمان رضا
طبيب جراح للأسنان
تقويم الأسنان
زراعة الأسنان - علاج اللثة
راديو بانوراميك

Ordonnance
Le : 29/11/24 في:

Rapport

44 déjà Ht et
avec une cas
que la patiente a
perdu. Difficile

تعاونية الوفاء 93 شارع المربع - الدروة - الهاتف: 05 22 51 47 53
Cooperative Al Wafae, 93 Bd Oum Errabia - Tél : 05 22 51 47 53





CARTE DE VEUVE

JEMEL TOURIA
Veuve JAMAL AMOR
0002507



الخطوط الملكية المغربية
royal air maroc