



## Déclaration de Maladie

M23-013225

Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres **194196**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5694**

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : **ALHron KADouR**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12/2/2014**

Nom et prénom du malade : **ALHron KADouR**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 **M23-0013225**

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 : .....

# 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 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																
<p>Q.O.F. PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><b>PAT H</b></p> <p><b>PAT B</b></p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D	00000000	G	00000000	35533411	11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p><b>D240</b></p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p><b>48000</b></p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D	00000000	G	00000000																	
35533411	11433553	B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NAAMANE Reda  
Chirurgien Dentiste  
93 Bd Oug El Errabia - Deroua  
Tel : 05 22 51 47 53



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 : 8/2/24 في:

Patient = Souhaitant  
refaire sa prothese  
pour cause  
1- usure des dents ant  
2- Non Adaptation  
des prothese

Dr. NAAMANE Reda  
93 Bd Oum Errabia  
Tél : 05 22 51 47 53

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

