

# Déclaration de Maladie

M22- 0028534

Maladie

Dentaire

Optique 136170

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6240

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SRHIER OUADI

Date de naissance :

14-06-60

Adresse :

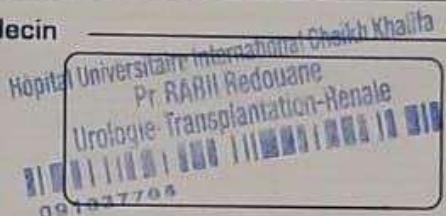
Tél. : 0633058153

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/2022

Nom et prénom du malade : SRHIER OUADI

Age : 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

IABP

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 M22-0028534

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 :