

Déclaration de Maladie

M22- 0036429

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

17784

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ABBOU

MAHAINE

Date de naissance :

26-10-1997

Adresse :

M. LEBDENEC FATINE U, Qu TATA HUKENI

Gauthier. CATHA ANZA

Tél. :

0638385689

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENJELLOUN SAAD

Cachet du médecin :

Chirurgien Dentiste
24, Rue S. Abb Fokara
1^{er} Etage - Casablanca

Date de consultation :

02/02/2024

Nom et prénom du malade :

Abdou MAHAINE

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Dentaire dentelle + Bridge

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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

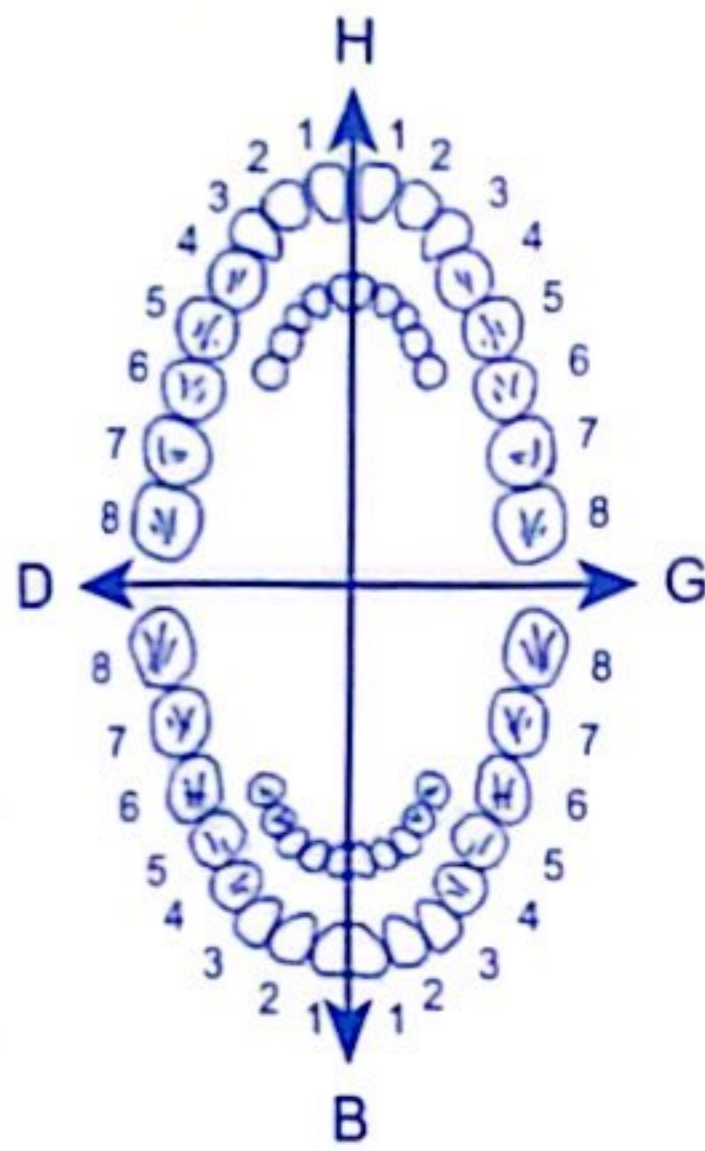
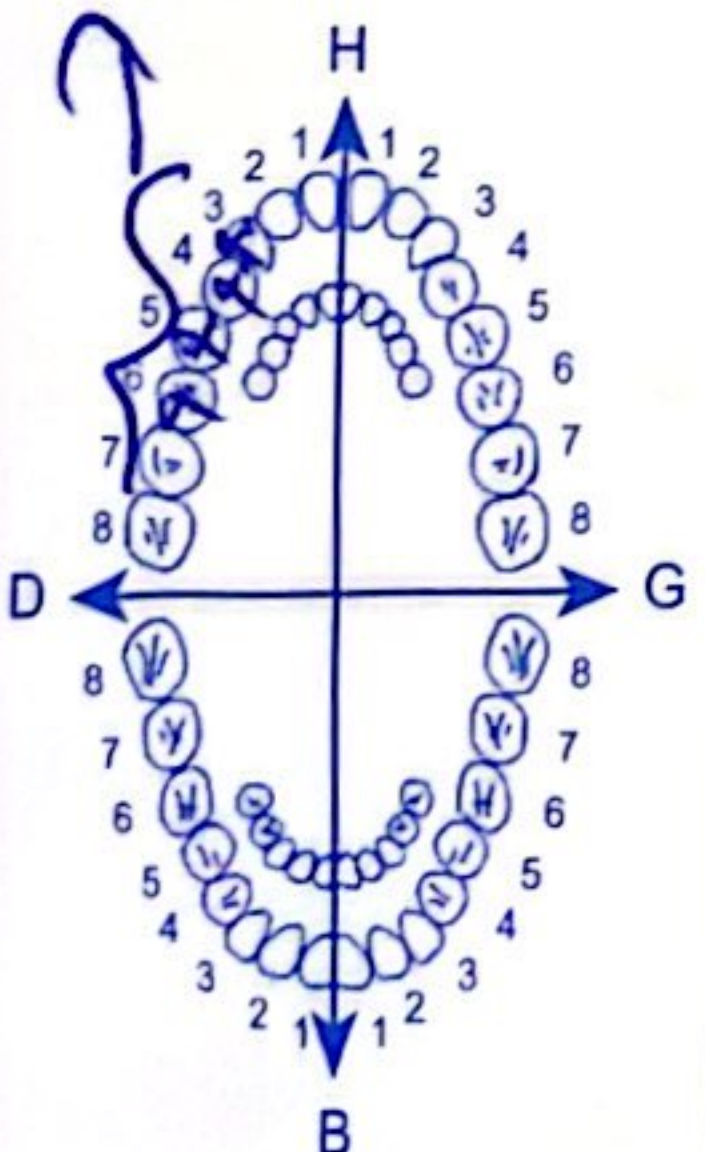
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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 canaux, 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 <i>Bridge C.M</i> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25500012</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession <i>Bridge C.M Sur</i> <i>3, 14, 15, 16</i> Dr. BENJELLOUN SAAD Chirurgien Dentiste 24, Rue 6, Derb Fokara 1^{er} Etage - Casablanca			H		25500012	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25500012	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

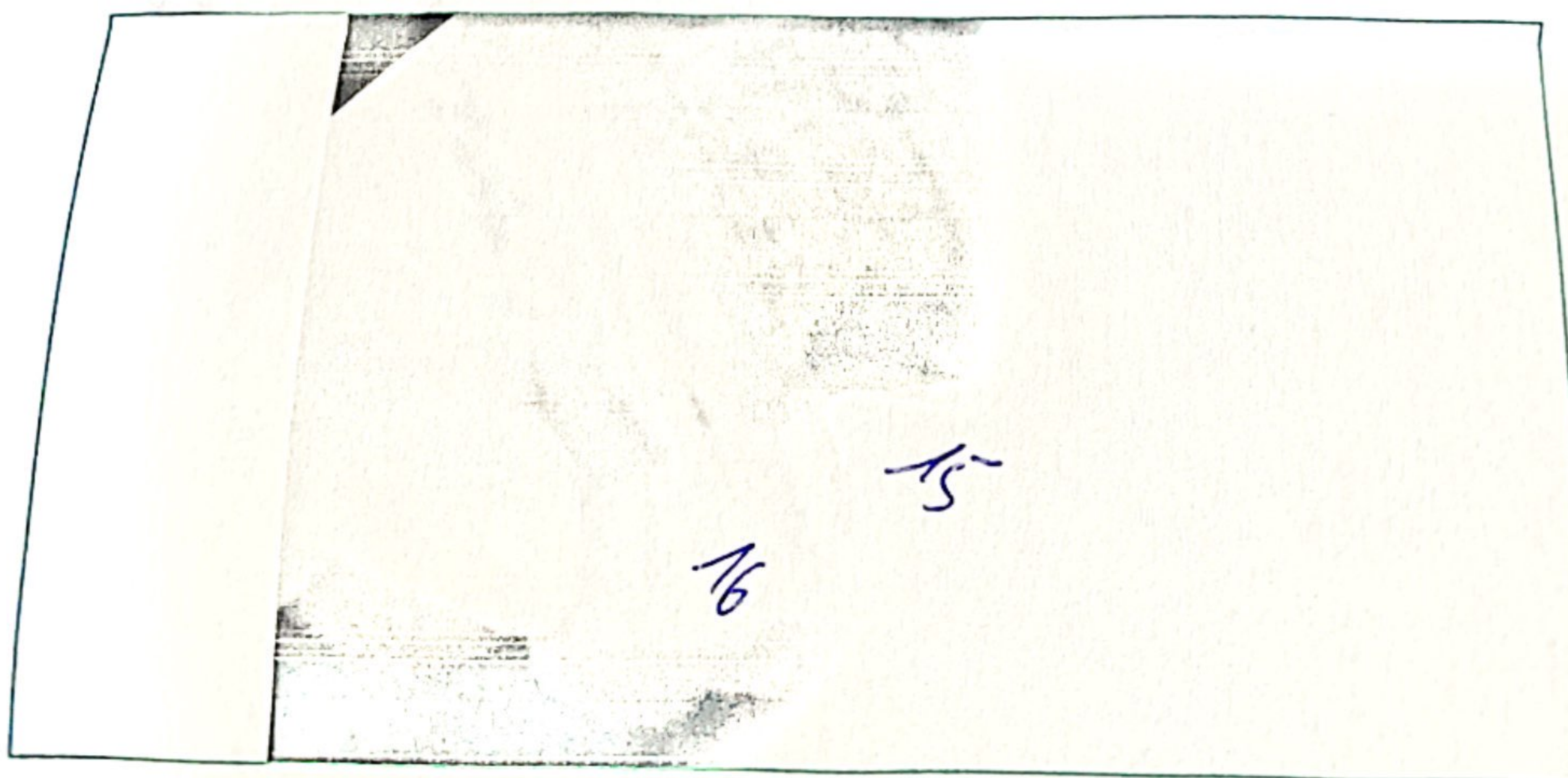
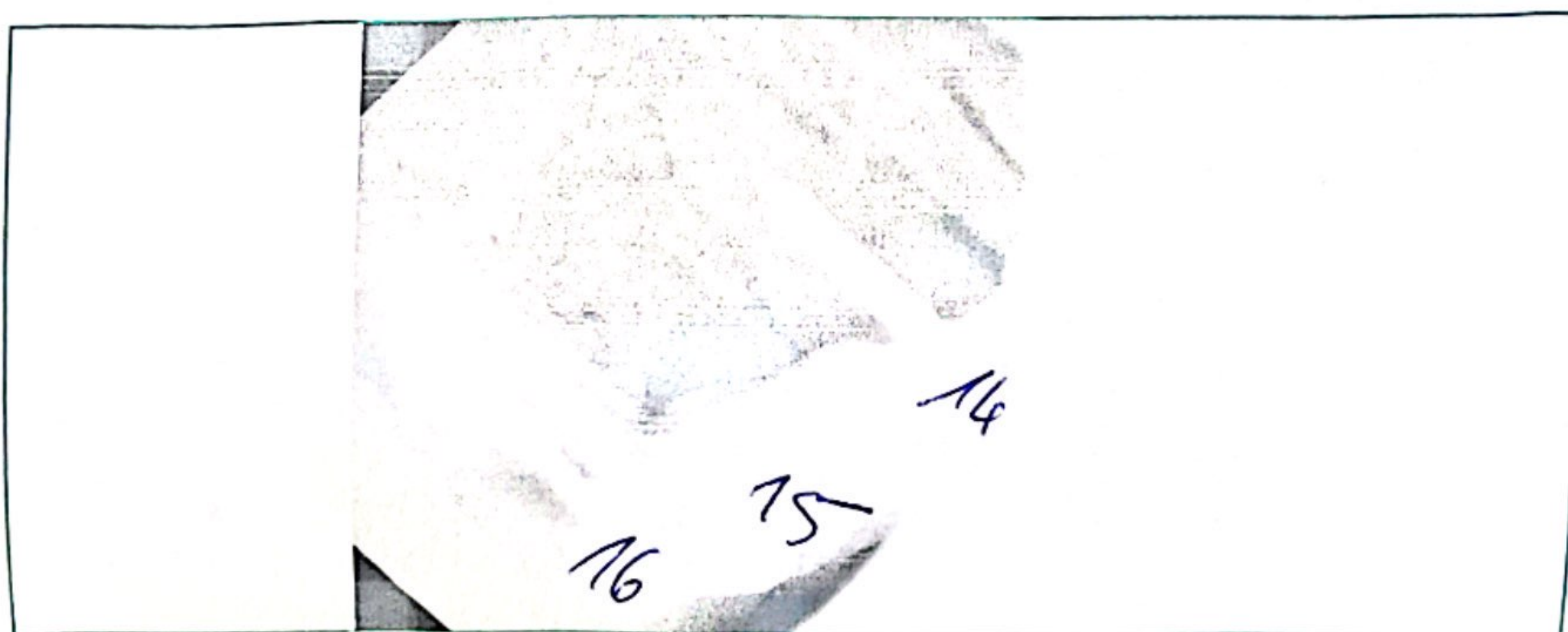
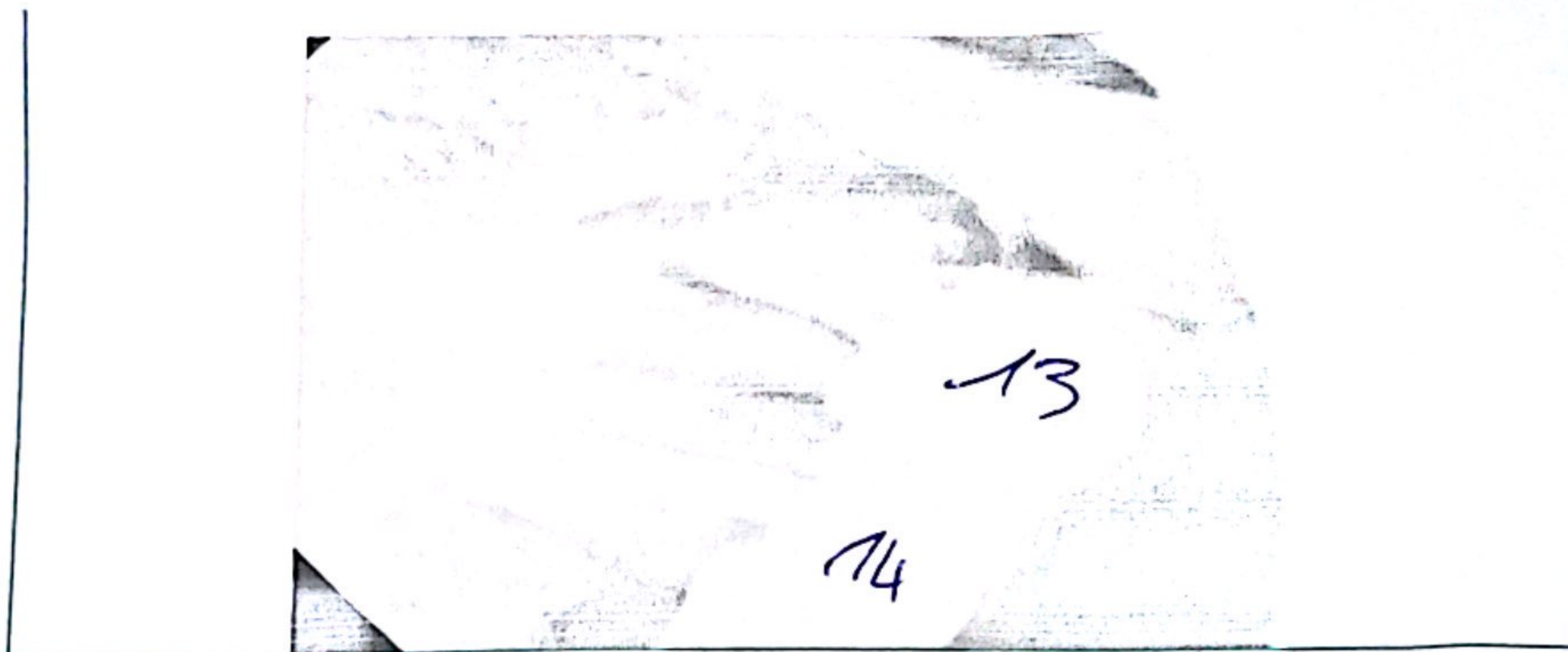
Dr. BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
24, Rue 6, Derb Fokara
1^{er} Etage - Casablanca

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

27/02/2024

Chart No: 20240131_102430

Name: abbou mahacine Gender: Femme Age: 0Y



1^{er} Etage - Casablanca