

N° W19-588257

199363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7767 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAÏD BEN TAHLA SAA?

Date de naissance :

10/07/1853

Adresse :

24 lot le colline

Tél. :

0666872659 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Yasmina ABID**

Chirurgien

Orthodontiste - Implantologue

Bd Abou Bakr Kadiri

Imm B-6 Appt 3 Sidi Maârouf

0522-50-38-24/0696 78-10-31

Date de consultation :

Mr GHATEI SABUSSI MADR

Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathose dentaire

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

N° W19-588257

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 : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt : .....

#### **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2"><b>H</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <th colspan="2"><b>G</b></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>B</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>Couronne sur implant (Zirkon) au min de la 45</i></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		<b>G</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>D250</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>4500,-</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>16/3/24</b></p>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
<b>G</b>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		

VISA ET CACHET DU PROFESSIONNEL ATTENTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Graphique Numero:20240316\_122136 Le genre:Femelle  
Nom:GHAZI SNOUSSI NADIA  
Date de naissance:1964-05-15 Âge:60Y

