



148527

Déclaration de Maladie : N° P19-0000220

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

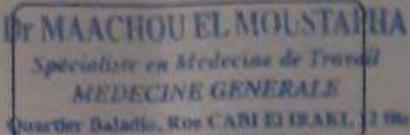
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/02/2013

Nom et prénom du malade :

BABALAH LIDN

Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Asthme, Tachycardie, Polypie, Pharyngite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Neuf

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° P19-0000220

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 :