

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important : 174730

Veillez 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
	27	D	1

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	345
COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS
	69090
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
080927	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

127

Déclaration de Maladie : N° S19-0005664

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **9483**

Matricule : **9483**

☒ Actif ☐ Pensionné(e)

Société : **RAM**

Adresse : **Douba Koudat**

Nom & Prénom : **Douba Koudat**

Date de naissance : **11/02/64**

Total des frais engagés : **670041498**

Tel : **0670041498**

Cadre réservé au Médecin

Dr. **TOUJAT Rachid**

Chirurgien Dentiste

Angle Bd. d'Arzew et Rte d'Azemmour N°6 - Casablanca

Tel : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Date de consultation : **09.03.23**

Norm et prénom du malade : **Douba Koudat**

Age : **58 ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Mal de gorge**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Mal de gorge**

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **09.03.23**

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° S19-0005664

Matricule : **9483**

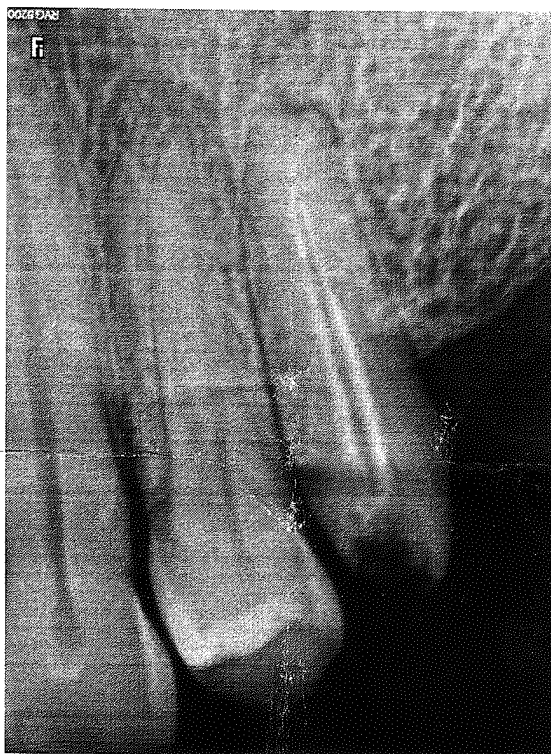
Nom de l'adhérent(e) : **Douba Koudat**

Total des frais engagés : **670041498**

Date de dépôt : **09.03.23**

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Rd Al Moumine et Rte
d'Azemmour - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



Lin

Déclaration de Maladie : N° S19-0005664

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9483

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

Nom & Prénom : DOUBLA NOSTA

Adresse : 06700V1498

Tél : 06700V1498

Société : RAA

☐ Autre

Date de naissance : 4/02/64

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. DOUBLA NOSTA
Chirurgien Dentiste
Anglo Belge - Orthodontiste et Rtc
d'Accompagnement
Tél : 0522 96 98 35 / 0522 91 50 89

Date de consultation : 03.03.2023

Nom et prénom du malade : DOUBLA NOSTA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

Nature de la maladie : ☐ Conjoint

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ☐ Enfant

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/03/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0005664

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 9483

Nom de l'adhérent(e) DOUBLA NOSTA