

## Déclaration de Maladie : N° S19-0051900

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6796 Société : RAM

Actif     Pensionné(e)     Autre :

Nom & Prénom : S.A.L. Fathia Date de naissance : 13.07.1965

Adresse : 16, rue Mellieha

Tél. : 06613657484 Total des frais engagés : Dev's Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr AFIF Moulay Ismaïl  
 Hôpital Cheick Khalifa Ibn Zaid  
 Médecin/Dentiste  
 Tel: 0529.05.02.52

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Perte 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° S19- 0051900

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 : .....

# 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'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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	B	00000000	00000000											
	G	35533411	11433553											
		MONTANTS DES SOINS												
		DATE DU DEVIS												
		DATE DE L'EXECUTION												

Dr AFIF Moulay Ismail  
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
 Hôpital Chéikh Anta Diop  
 Médecin Dentiste  
 Tel: 0529.05.02.52

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## DEVIS ESTIMATIF

Date 21/09/2023  
N° :230921150608GH

Nom patient : SOUAL FATIMA

Prise en charge : PAYANTS

Traitements SOINS DENTAIRES

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
- Retraitements endocanalaire biradiculé	1		1 000,00	1 000,00
- Retraitements endocanalaire pleuriradic	1		1 500,00	1 500,00
<b>Sous-Total</b>				<b>2 500,00</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :  
*DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS*

**Total devis** 2 500,00

وصفة طبية

**Ordonnance**

Casablanca, le :

21. 9. 2023

Patient (e) :

Jine Soual Fatima

Veuillez Réaliser :

- Une radiologie panoramique
- Une téléradiographie de profil
- Un cone-beam :

Dr AFIF Maulay Ismail

Hôpital Cheick Khalifa ibn Zaid

Médecin Dentiste

Tel: 0529.05.02.52

PATIENT : SOUAL FATIMA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : Panoramique Dentaire  
IPP : 160330170132HA  
DATE NAISSANCE : 01/01/1965  
NUMERO DOSSIER : 2300750096

### PANORAMIQUE DENTAIRE

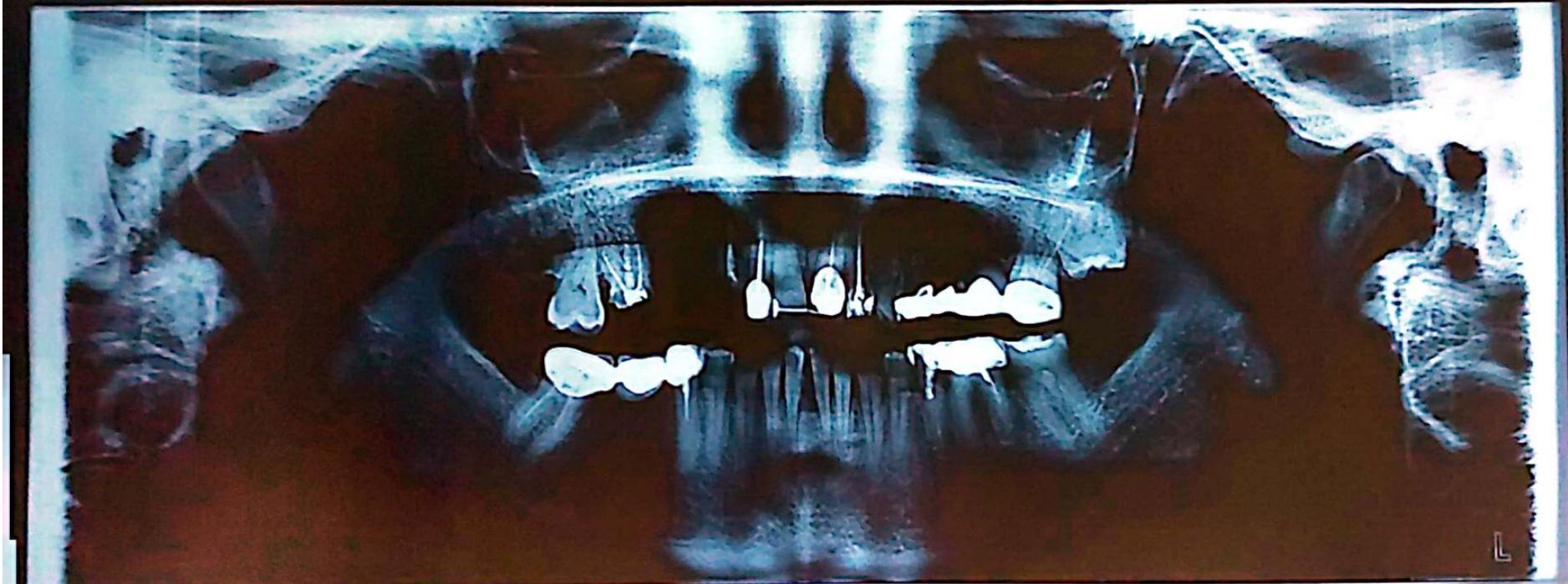
- o Denture de type adulte.
- o Matériel de restauration dentaire.
- o Absence de granulome apical.
- o Minéralisation normale de la mandibule sans lésion lytique, condensante mixte.
- o Projection des racines de la dent 37 en regard du canal alvéolaire inférieur
- o Bases libres des sinus maxillaires.
- o Respect des articulations temporo-mandibulaires.

En vous remerciant de votre confiance  
Signé : Dr HABI

Hôpital Universitaire Ibn Rochd Cheikh Khalifa  
Dentier CHU Hassan II Casablanca  
090961862

21/09/23

Scale 100%



70.0kV 10.0mA 15.1s 68.3mGy/cm<sup>2</sup>