

## Déclaration de Maladie : N° S19-0051900

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 67906 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Sarah Fatma Date de naissance : 13/07/1985

Adresse : Habituée

Tél. : 0661305484 Total des frais engagés : Dev's Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr AFIF Moutay Ismail**  
Hôpital Cheick Khalifa Ibn Zaïd  
Médecin/Dentiste  
Tél: 0529.05.02.52

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Prothèse 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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

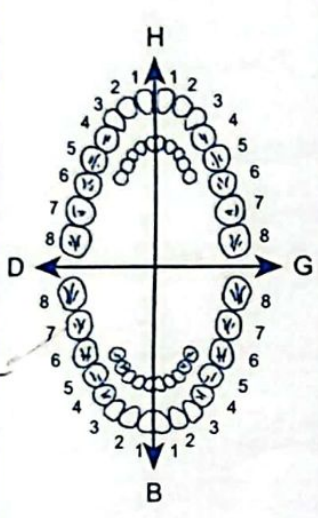
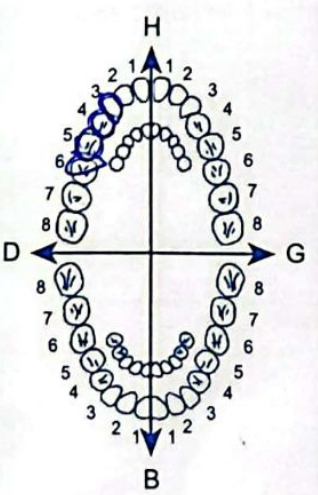


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS													
	<p><i>Dr Arif Moulay Ismail</i>  <i>Hôpital Chelou Khams Bou Zaid</i>  <i>Médecin Dentiste</i>  <i>Tel: 0529.05.02.52</i></p> <p><i>Bridge fixe en Céramique</i>  <i>4 dents 13, 14, 15, 16</i></p>																
	DATE DU DEVIS			20/09/20													
	DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Arif Moulay Ismail**  
**Hôpital Chelou Khams Bou Zaid**  
**Médecin Dentiste**  
**Tel: 0529.05.02.52**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## D E V I S E S T I M A T I F

Date 21/09/2023  
N° :230921150608GH

Nom patient : **SOUAL FATIMA**

Prise en charge : **PAYANTS**

Traitements **SOINS DENTAIRES**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
- Retraitement endocanalaire biradiculé		1		1 000,00	1 000,00
- Retraitement 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**





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

21. 9. 2023

Patient (e) : *Dr* Souad Fatima

Veuillez Réaliser :

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

**Dr AFIF Moulay Ismail**

Hôpital Cheick Khalifa Ibn Zaid

Médecin Dentiste

Tel: 0529.05.02.52

Adresse : Boulevard Mohamed Taleb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

CASABLANCA, le 21/09/2023

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

### PANORAMIQUE DENTAIRE

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

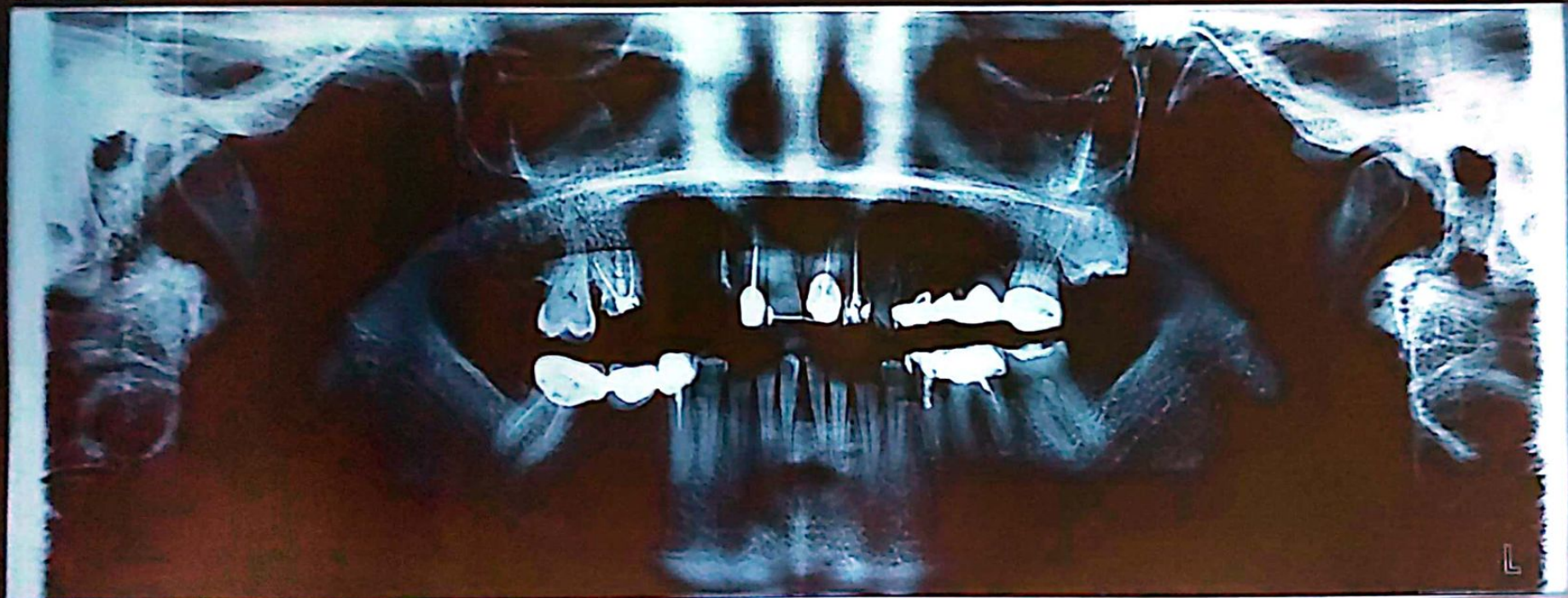
En vous remerciant de votre confiance  
Signé : **Dr HABI**

Hôpital Universitaire Mohammed VI  
Docteur HABI  
090061862



21/09/23

Scale 100%



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