



Déclaration de Maladie

N° W21-819860

(P2)

Maladie Dentaire Optique **177520** Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) **1186** Société : **RAM**

Matricule : **1186** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **YAKOUTY TAIBI**

Date de naissance : **01/01/1950**

Adresse : **HAY HANA - RUE IMPASSE HASSANE N°6
CASABLANCA**

Tél. : **0661242962** Total des frais engagés : **241,10** Dhs

Tél. : **0522 90 98 35 / 0522 91 50 89**

Cadre réservé au Médecin

DR YOUSSEF Bachir
Chirurgien Dentiste
Angle B. Alidene et Rue
d'Azenmour n°6 Casablanca
Tél. 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Date de consultation : **03/10/2023**

Nom et prénom du malade : **YAKOUTY TAIBI** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Problème dentaire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : **ENSAÏD** Le : **03/10/2023**

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

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-819860

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 : **1186**

Nom de l'adhérent(e) : **YAKOUTY TAIBI**

Total des frais engagés : **241,10 Dhs**

Date de dépôt : **04/10/2023**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINE 307, Bd. Sidi Abderrahman Hay El CASA ANCA Tél. 05 22 96 54 72	03-10-2018	411,2

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		AZEN	CASAB
Radiologie ANASSA 10 Imm Communal Rouqui et 86 Sidi Abderrahmane Casab Tél. 05 22 90 10 10	03.10.23	30	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

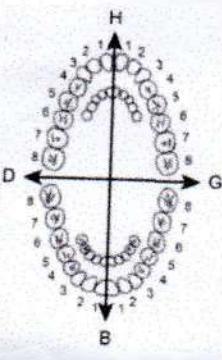
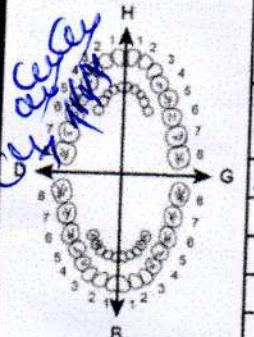
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : 99914107												
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433562</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433562	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433562														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
<p><i>- 400 X-14-X-16</i></p>																
<p><i>D720</i></p>																
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p><i>D720</i></p>																
<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p><i>14.400,-</i></p>																
<p>DATE DU DEVIS</p> <p><i>03.10.23</i></p>																
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Centre Hospitalier et Rte
Anglo-Britannique - Casablanca
d'Azenacine 2000 - Casablanca
Tél: 0522 98 35/0522 91 50 89

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachid TOUIJAR
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويني
طبيب جراحي للأسنان

CASABLANCA , LE : 03/10/2023

Monsieur YAKOUTY TAIBI

228

CODOLIPRANE

1CP X 3 FOIS PAR JOUR

189

EUCOTHYMOI

PAINS DE BOUCHE 2 à 3 FOIS PAR JOUR

441

PHARMACIE YASMINE
207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hana
CASABLANCA
Tél. : 05 22 36 54 72

PPV:22DH20
PER:05/25
LOT:M1711

~~Dr TOUFIK Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdellah Hammouda et Rue
d'Azemmour - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89~~

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour - 2^{ème} étage N° 6 - Hay Hassani
Casablanca - Tél.: 05 22 90 98 35 / 05 22 91 50 89 - Patente N° 35003930
I.F : 51465556 - I.C.E. : 001743599000031



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 03/10/2023

PATIENT : Mr. YAKOUTY TAIBI
MEDECIN TRAITANT : DR TOUIJAR RACHID
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Cher Docteur,
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patient dont voici le résultat de l'examen.

Rx PANORAMIQUE DENTAIRE

Examen fourni sur film, papier et DVD

- ❖ ATM normales.
- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres.
- ❖ Parodontopathie diffuse avec alvéolyse horizontale.
- ❖ Absence d'anomalie péri radiculaire.

Confraternellement

DR N.FARIS

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE

IE : 2221555

Casablanca, le 03/10/2023

Facture N° 3075/10/2023

Nom patient : YAKOUTY TAIBI

Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE

Date Examen(s) : 03/10/2023

Montant : 200 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MONTANT TOTAL :

DEUX CENTS DIRHAMS

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

IE : 2221555

Casablanca, le 03/10/2023

Facture N° 3075/10/2023

Nom patient : YAKOUTY TAIBI

Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE

Date Examen(s) : 03/10/2023

Montant : 200 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MONTANT TOTAL :

DEUX CENTS DIRHAMS

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

CASABLANCA ,LE : 02/10/2023

Monsieur YAKOUTY TAIBI

RADIO PANORAMIQUE

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d'Azemmour N° 6 Casablanca
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ARTA

10, Imm Communauté Rurale d'Artarhour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour - 2^{ème} étage N° 6 - Hay Hassani
Casablanca - Tél.: 05 22 90 98 35 / 05 22 91 50 89 - Patente N° 35003930
I.F : 51465556 - I.C.E. : 001743599000031

YAKOUTY TAIBI, 01/01/50
ID 45480

RADIOLOGIE HAY HASSANI

03/10/23

Scale: 110%



66,0kV 8,0mA 17,2s 108,6mGy×cm²

