

Maladie

Dentaire

Optique 180390

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05480 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMMAR Abdellah

Date de naissance : 16/03/1965

Adresse : habituelle

Tél. : 06.61.10.90.59 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Youssef BAI  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Orthopédie-Dentiste  
Bd. Al Qods Résidence Al Qods (Gh.)  
1er Etage Appt N°11- Casablanca  
Tél. : 05 22 50 56

Date de consultation : 13/10/2023

Nom et prénom du malade : EL SAID Fatima Age : 13/10/1965

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie -1

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : Casablanca

Le : 13/10/2023

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

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie **M22-0035876**

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 : .....

Né(e) le : 13/10/1967



PSPN

Date du cliché : 11/10/2023

Localisation : 47

Commentaire :

hémisphère droit

Docteur Hanane BAT  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Orthopédie Dentofaciale  
Bd. Al Qods n°111- Casablanca  
Tél. : 05 22 50 55 03

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX																
<p>D  G </p> <p>Spécialiste 2<sup>me</sup> étage Bât. N° 11 Casablanca Tél. : 05 22 50</p>	<p><b>H</b></p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>B</b>		<p><math>D_8 + D_{18}</math></p> <p><math>D_5 + D_{10}</math></p> <p>6500</p>
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<hr/>																		
<b>B</b>																		
		<p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p>16/10/25</p>																
		<p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <p> </p>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS,  
Chirurgien Spécialiste en Orthopédie-Dépistage  
Spécialiste en Orthopédie-Dépistage  
Bd. Al Qods Résidence Al Qods (CHU)  
1er Etage Appt N°11- Casablanca  
Tél. : 05 22 50 56 00

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**