

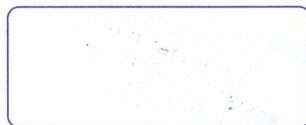
☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 11694 Société : RAM **185533**  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HACHIMI KHALID  
Date de naissance : 17/02/1970  
Adresse : 32, RUE SOUS, QUARTIER CUBA-CASA  
Tél : 06 72 96 32 56 Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



*[Signature]*

Date de consultation : 06/12/2023  
Nom et prénom du malade : Samir Najar Age : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dentaire + prothèse  
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 : Oasablanca Le : 06/12/2023  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie **M23-023142**

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 : 11694  
Nom de l'adhérent(e) : HACHIMI Khalid  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : 06/12/2023

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <b>D70</b>														
				MONTANTS DES SOINS <b>245000</b>														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <b>D200</b>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <b>250000</b>														
	DATE DU DEVIS <b>05/12/18</b>																	
	DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr.Hanane BELHOUJI**

CENTRE DENTAIRE B ADR  
14,Bd Ain Taoujtate,Rés.RIAD N°16,2ème Etage  
Bourgogne - Casablanca  
Tel.05 22 27 06 67

**SAADAOUJ RAJAA**

Date de naissance : 11 / 03 / 1986  
Genre : Femme  
Dose : 73 KV 8 mA 48.67 mGy\*cm2  
Date de l'examen : 14 / 09 / 2023  
Motif clichet :

