

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 :



Date de consultation : **06/12/24**

Nom et prénom du malade : **Saoussi Nasser** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Derri. En + pathose**

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 : **Dar el Belka** Le : **06/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

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 :

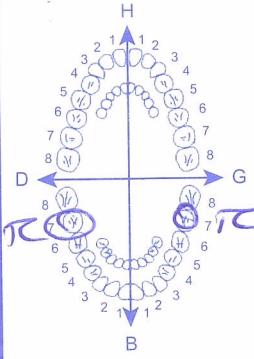
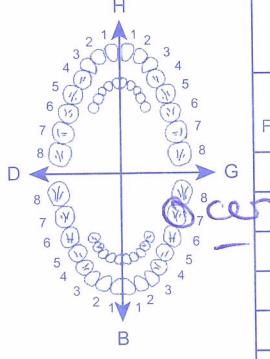
Date de dépôt : **06/12/2023**

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX D70 MONTANTS DES SOINS 240000 DEBUT D'EXECUTION D35 FIN D'EXECUTION D35 COEFFICIENT DES TRAVAUX D200 MONTANTS DES SOINS 260000 DATE DU DEVIS 05/12/2013 DATE DE L'EXECUTION D200										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H 25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H
	H 25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	B	H												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													
														

Dr.Hanane BELHOUJI

CENTRE DENT AIRE BADR
14,Bd Ain Taoujate,Rés.RIAD N°16,2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél.05 22 27 06 67

SAADAoui RAJAA

Date de naissance : 11 / 03 / 1986
Genre : Femme
Dose : 73 KV 8 mA 48.67 mGy*c.m²
Date de l'examen : 14 / 09 / 2023
Motif clichet :

