



Devis
Déclaration de Maladie
N° M20- 0008960

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 1901

Société: R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom: JABR ANNE HASSAN

Date de naissance: 21/04/1955

Adresse: AL VASSINE RS imm 74 Apt 2

Tel: 0663291879

Total des frais engagés:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation: 23/04/2023

Nom et prénom du malade: Jabranna Hassan

Age: 1955

Lien de parenté: Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie:

En cas d'accident préciser les causes et circonstances: JABR ANNE HASSAN Sous Dole

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: 23/04/2023

Signature de l'adhérent(e):

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-08960

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:

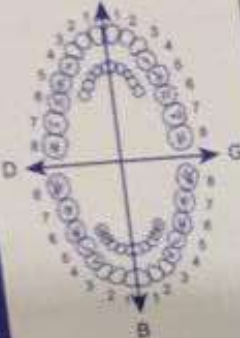
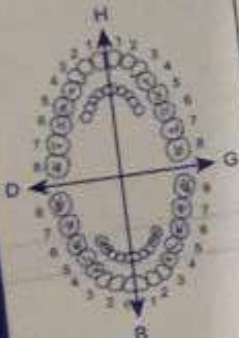
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

Devis pour Soins

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
<i>Devis pour Soins</i> 	17	Recharge	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX 080														
	23	III	D10															
	11	capot	D10	MONTANTS DES SOINS 3300														
	21	capot	D10															
	22	capot	D10	DEBUT D'EXECUTION														
	16	capot	D10															
	25	capot	D10	FIN D'EXECUTION														
	26	capot	D10															
ODF PROTHESES DENTAIRES 				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
G																		
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

1. INVOI DE LA PROTHESE
2. RANGIER DE LA PROTHESE
3. AVOIR

ant détaillé Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
---------------------------------------	---

[illegible][illegible][illegible]

est conditionné par la fourniture de tous
exigés par la Mutuelle.

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Devis pour Soins

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	13	ch cuspide	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		denture sup. perf 2 incisives	D12 + D12	MONTANTS DES SOINS
		Surfaçage odontol. 3 sections		Devis
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DATE OF
L'EXECU

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

CHIRURGIEN C. L. W. H. "A" Vie

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ant détaillé Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
---------------------------------------	---

[illegible][illegible][illegible]

est conditionné par la fourniture de tous
exigés par la Mutuelle.

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Devis pour soins

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
$D_{10} + D_{12}$	13	ch. cuspato	D_{20}	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		21 sup. pref. 21 21	D_{12} $+ D_{12}$	MONTANTS DES SOINS
				Devis
		Surfaçage radiculaire 3x21		DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINSDATE OF
L'EXECU

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAOUDI BENCHEKROUN Sofia

Chirurgien Dentiste
Orthodontie - Soins - Prothèse
Parodontie - Blanchiment



المختورة تاوندي بنشكرون صوفيا

طبيبة جراحية للأسنان
تقويم الأسنان - ترميم و علاج الأسنان
علاج أمراض اللثة - تبييض الأسنان

Casablanca, le : 24/11/2023 : التاريخ اليوم في

Devis pour Soins Dentaires
Mr Jabran Hssan

13 → Cuspide → D10 ⇒ 400 DH
- 21-22-23-24-25-26-27-28-29-30 ⇒ D24 ⇒ 500 DH
- Surfaçage radiateur 3 secteurs
3 × 500 ⇒ 1500 DH
Total 2400 DH

.. TAOUDI BENCHEKROUN Sofia
CHIRURGIE DENTISTE
« Abouab Oum Rabil, Imm. «A»
Lg. App. 5 (Au dessus de Lobel Vie)
Tél : 05 22 91 37 36

إقامة أبووف أم الربيع، شارع أم الربيع، عمارة «أ» - الطابق الثالث رقم 5 (فوق Lobel Vie) - الحي الخسافي - الدار البيضاء
Résidence Abouab Oum Rabil, Bd Oum Rabil, Imm. «A» 3^{ème} Etage, App 5 (Au dessus de Lobel Vie) - Hay Hassani
تلفاك : 05 22 91 37 36 - البريد الإلكتروني : dr.benchekrounsoufia@gmail.com
Email : dr.benchekrounsoufia@gmail.com