

# Déclaration de Maladie

Nº M21- 0058058

Maladie

Dentaire

Optique

136906

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 3719 ..... Société : ..... RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : ..... CHIHEB Abdellkader

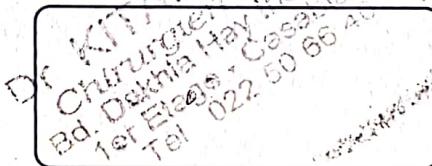
Date de naissance : ..... 10/03/1959

Adresse : ..... HAY INADA RUE 26 N° 46 CASA

Tél. : ..... 0666726970 ..... Total des frais engagés : ..... 600,00 ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... 28/10/2011 ..... Nom et prénom du malade : ..... Chihéb Abdeldader ..... Age : ..... 63 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

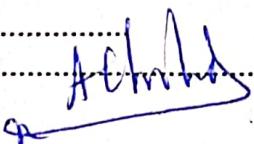
Nature de la maladie : ..... soins dentaires

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 : ..... Le : ..... 01/11/2012

Signature de l'adhérent(e) : ..... 

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-058058

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 : ..... 3719

Nom de l'adhérent(e) : ..... CHIHEB

Total des frais engagés : ..... 600

Date de dépôt : .....

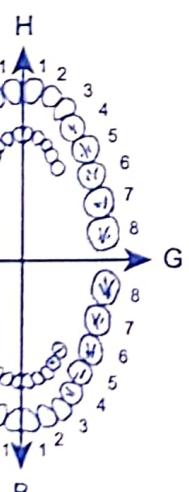
#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
	2 B	2 C	D180
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			D180
			MONTANTS DES SOINS
			66000
			DEBUT D'EXECUTION
			1er Février 1983
			FIN D'EXECUTION
			28/10/83

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p><b>H</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>D</b>      <b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b> <b>G</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<p><b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <p>Loubna</p>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<b>D</b> <b>G</b>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<b>B</b>														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CAPTANE DU PRATICIEN N° 1  
Dr KARABELOV  
Chirurgien Dr Inaki ANESTHESISTE  
ed. DAKAR DAY Casablanca  
1er Etage 022 50 66 10

**Dr.KITANE Loubna**

Chirurgien Dentiste  
Diplômée de la faculté  
de Médecine Dentaire  
de Casablanca

**الدكتورة كتان لبني**

طبيبة جراحية للأسنان  
دبلوم كلية طب الأسنان  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 28/10/2011

Je vous signe

Dr KITANE Loubna  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Dakhla Hay Inara N° 83  
1er Etage - Casablanca  
Tél. 022 50 66 40

avoir

estisé des soins dentaires au profit  
de Mr chirurgien Abdelkader  
au montant de 600 Dh.

T.C.B. : 00 184 888 1200 002

INP : 084 0133 15

J.F : 51072 135 -

Bd.Dakhla, Hay Inara N° 83  
1er étage-Casablanca  
Tél.: 05 22 50 66 40

Dr KITANE Loubna  
Chirurgien Dentiste  
Bd. Dakhla Hay Inara N° 83  
1er Etage - Casablanca  
Tél. 022 50 66 40

شارع الدخلة ، حي الإنارة رقم  
الطباق الأول - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 50 66 40

► Sélection d'un assuré du dossier

N° Dossier	<input type="text"/>
N° Dossier externe	<input type="text"/>
Type de dossier	DENTAIRE 
Type de l'événement	---
Date de saisie	<input type="text"/> 
Date dossier actif	<input type="text"/> 
Nom de l'assuré	chiheb
Prénom de l'assuré	<input type="text"/>
CIN	<input type="text"/>
Situation	--- 
N° décompte	<input type="text"/>
N° devis	<input type="text"/>
Affichage maximum	10  sur un total de 3

Dossier	Informations
136906	<p>Bénéficiaire : CHIHEB ABDELKADER  Gestionnaire : HIMMI khaoula  Type de dossier : DENTAIRE  Situation : En cours  Sous-situation : Dossier RFM Dentaire  Date de début : 11-11-2022  Date de fin : ...</p>