

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030739

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8784- Société : RAM, 194470
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MERZAK RACHID
Date de naissance : 25/05/1969
Adresse :
Tél. : 064212246- Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Dr. Mohamed Amin Bennis
Chirurgien Dentiste
Rond point Darb Chetouane
Angle St. Stendhal et George Sand
Rég. San. n° 1000 G Appt. 21 Casablanca

Date de consultation : 14/05/2019
Nom et prénom du malade : BELKACER HASNA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0030739

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|------------------------|-----------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|----------|---|----------|----------|----------|--|--|-------------------------|
|  | | 14/05/16 Traité | | COEFFICIENT DES TRAVAUX 072 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Prothèse | | MONTANTS DES SOINS 4000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Surfaçage | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Curage | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Plaque | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>OD.F</p> <p>PROTHESES DENTAIRES</p>  | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D | 00000000 | B | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | B | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS 14/05/16 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

bekaoui hasna
Birthdate: 19/03/1980

31/01/2024 09:30:56
79,000 mGycm²
12,70 s
76,00 kV
5,00 mA

