

Ace + Rbt

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011668

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 126.15

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAKHSOU SAID Date de naissance : 26.01.1983

Adresse : N° 410 Tapisserie Ciglunca Erzincanlia

Tél. : 0663.1995.74 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11.06.2019

Nom et prénom du malade : MAKHSOU SAID Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Soin 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 : casablanca

Le : 11.06.2019

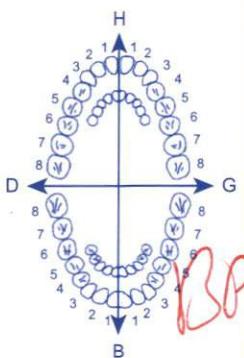
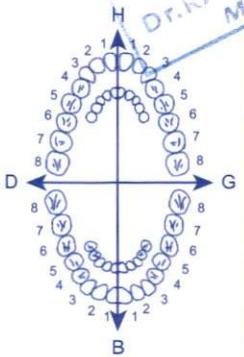
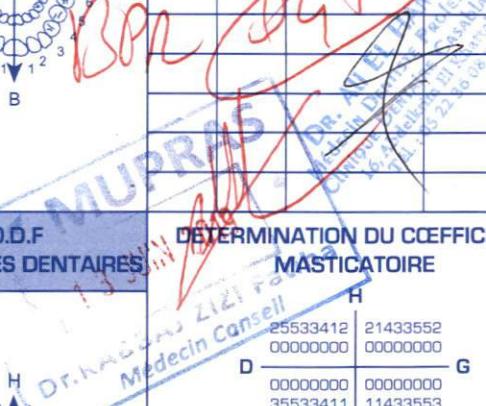
Signature de l'adhérent(e) : Said

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								
 	détartrage	84	12								
	Traitement canalaire	37	D 26								
	+ composite	35	D 25								
	BON JOUR	15	15								
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 											
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
Coefficient des travaux											
MONTANTS DES SOINS											
DEBUT D'EXECUTION											
FIN D'EXECUTION											
Coefficient des travaux											
MONTANTS DES SOINS											
DATE DU DEVIS											
DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Dentaire Casablanca

Pr. Ali EL HAMID

16, Bd Abdelkrim Al Khattabi,
Val d'Anfa, Casablanca.

Tél : 0522360807/0522399890



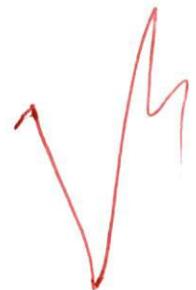
FACTURE

Casablanca, le 11/06/2019

Reçu la somme de 2500 dhs (Deux mille cinq cents dirhams), honoraires
des soins dentaires, effectués à Mr MAKHSOU Said.

Signé :

Dr. ALI EL HAMID
Médecin Dentiste Professionnel
Clinique Dentaire CASABLANCA
16, Bd Abdelkrim Al Khattabi
Tél : 0522360807/0522399890



Date du cliché : 11/06/2019

Localisation :

Commentaire :