

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **163551** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1252**

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **Aoufanti Driss**

Date de naissance : **1948**

Adresse : **187 - 29 - OULFA**

Tél. **0675 777 335**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IDRISSE Fatima zahra
Chirurgien Dentiste
128, Bd. Méditerranée - Casablanca
Tél. 0522 90.50.98

Date de consultation : **1-6-23**

Nom et prénom du malade : **Aoufanti Fatima**

Age : **31.7.66**

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Prothèse dentaire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

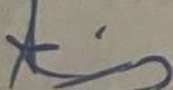
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

N° W21-729937

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser le dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

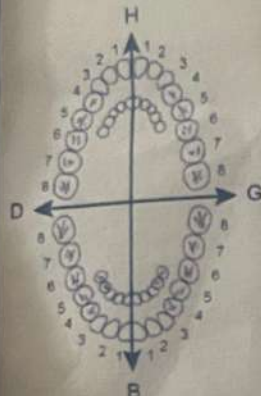
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : 084013919

INP : 0940139119

Veuillez joindre les feuilles suivantes :

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

2 cours de Ceram
Ceramique en
la 11 - 12

COEFFICIENT DES TRAVAUX $\frac{1}{200} \times 2$

MONTANTS DES SOINS 10 000 8115 -

DATE DU DEVIS	1-6-23
------------------	--------

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CHIRURGIEN DENTISTE
128, Bd. Maloia - Casablanca
Tél: 9522.90.50-98

Dr. Idrissi Fatima Zahra
Chirurgien Dentiste



الدكتورة الإدريسي فاطمة الزهراء
طبيبة جراحة للأسنان

Casablanca, le : 1 - 6 - 2023 في: الدار البيضاء،

PE.

Demande de mise en charge -

A la Nu PRas -

Il s'agit de 2 cc (crown Ceram
ceramiques) sur la 11 et 12
dont le coefficient est $\frac{D}{200} \times 2$
et le montant est de 10000 DHS

Dr. IDRISSE Fatima zahra
Chirurgien Dentiste
128, Bd. Malouia - Oulfa - Casablanca
Tél: 0522.90.50.98

128، شارع وادي ملوية حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 50 98
128, Bd. Oued Melouia Hay El Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 90 50 98