

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 26985 Société : 24

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : HIRCHI BOUGHAI B **106821**

Date de naissance : _____

Adresse : 0662111388

Tél : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. IBRAHIM AYA
Chirurgien Dentiste
Angle Ibn Zayd & Méd V
Imm Nakhla 1 Apt 2 KENITRA
Tél : 05 47 36 80 71
MPE: 044497387

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : Hirchi Bouchaib Age : _____

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Parodontite apicale chronique sur la 25, 35, 46 et 48

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° W21-827461

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 : _____

A N NULER-2°6985

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
Dent 2 bridges		
céram-véhic.		
bridge: 36-37		
4c4b		
010000		
bridge: 2:43-44		
4c4b		
010000		

054181640

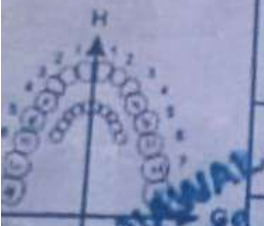
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.P. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	0
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS (estime)

DATE DU DEVIS

AMLOU NAWAL
Dentiste
15, Centre Médical
Tél: 05 47 31 99 26
Mail: nawalamblo@gmail.com

AMLOU NAWAL
Dentiste
15, Centre Médical
Tél: 05 47 31 99 26
Mail: nawalamblo@gmail.com

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

A N NULER