



Déclaration de Maladie
M22- 0036393

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0279**

161539

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Elofir Driss**

Date de naissance : **15/06/40**

Adresse : **4, Rue Nasir ed din CASA**

Tél. : **0673.90 96 09**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. TARINE Marwa**

Cachet du médecin :

Médecin Dentiste
Rue Francois Pansard
Rés Prestige - 1er Etage Apt. N°2
Casablanca - Tél : 0522 25 54 86

Date de consultation **28/03/2023**

Nom et prénom du malade :

Age : **1940**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse dentaire

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 **M22- 0036393**

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 : **0279**

Nom de l'adhérent(e) : **Elofir DRISS**

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ADIMOUTI 20 Bennani 2025 Brahim Rouad A. de Bo A. Ben Eddine Rés. Anta 1. 0622 25 A. 3602 25 BENNA radiologue	28/3/93.	Analysique	200 cts.

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
<p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>				D120+ D60 D120+ D60 6000,-								
<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 21433552</td> <td style="padding: 5px;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 00000000</td> <td style="padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411 11433553</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>Stellite Haut remplacement 8 dents</i></p> <p><i>Stellite Bas remplacement 7 dents</i></p>				H	G	25533412 21433552	00000000 00000000	00000000 00000000	B	35533411 11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	G											
25533412 21433552	00000000 00000000											
00000000 00000000	B											
35533411 11433553												

Dr. TARINE Marwa
Médecin Dentiste
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
9, Rue François Pansard
Rés. Prestige - 1er Etage Apt N°2
Casablanca - Tél : 0522 25 54 86

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°00452/23

CASA LE 28.3.23

Nom & prénom :
EL OFIR DRISS

Examens	Prix
Rx ; panoramique	200.00
TOTAL :	200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1
Casa.0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca
Tél : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05



Centre Dentaire
Dr Tarine Marwa

Dr Tarine Marwa

- Soins dentaires et prothèses
- Soin et chirurgie parodontale
- Implants dentaires
- Blanchiment dentaire
- Orthodontie

د. ترين مروة
علاج و تعبيض الأسنان
علم و جراحة اللثة
زرع الأسنان
تبييض الأسنان
تقويم اعوجاج الأسنان

25/03/2023

Mr Driss El Afifi

Rx panoramique

Centre Dentaire
Dr Tarine Marwa

~~Dr. TARINE Marwa
Médecin Dentiste
9, Rue François Pansard
Rés. Prestige - 1er Etage Apt. N°2
Casablanca - Tel : 0522 25 54 86~~

ADIOLOGIE SOCRATE
15, Avenue Bd Brahim Roudani Rue
Méditerranée - Marrakech - Tél : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 21

E-mail : cd.tarine@gmail.com

rue françois pansard résidence prestige appt 2, 1^{er} étage, Casablanca - Maârif (en face du marché Derb Challef)
Tél: 0522 25 54 86 / 07 07 07 84 41



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاuchi العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

Casablanca, le : 28/03/23

NOM : EL OFIR
PRENOM : DRISS
MEDECIN TAIRANT : DR. TARINE M.

Panoramique dentaire

- Patient en partie édenté .
- Absence de granulome apical ou de kyste radiculaire.
- Absence de lésion osseuse focale.

CONFRATERNELLEMENT

DR.J. BENNANI

