

+

YOUSSEF LARAKI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Parodontiste – Implantologiste
Ancien Attaché de l'Institut
De Stomatologie de Paris VI

174449

Casablanca, le 31/08/2023

DEVIS POUR MME HAJJI ASMAA

CREATION DES COURONNES CERAMIQUE SUR LES DENTS 44/45 :

- Coefficient : D400
- Montant : 8000 dhs

ARRETE LE PRESENT DEVIS A LA SOMME DE :
HUIT MLLE DIRHAMS

IF : 40517895
ICE : 001677926000042
N° PATENTE : 35603024

Youssef LARAKI
Dr EN CHIRURGIE DENTAIRE
40 Rue Abou El Wakt 1^{er} Etge N° 20
Quartier Bourgogne Casablanca
Tel. 0522 2200 14

40 Rue Abou El Wakt, Quartier Bourgogne – 1^{er} étage- N° 20 Casablanca – Maroc – Tel : (212-22) 20.00.14, FAX : (212-22) 20.53.93

ADMIN

HAJJI ASMAA

31/08/2023

n°44 45

Youssef LARAKI
Or ENCHIRIR
AD Rue Abou
BOULEVARD
T 18 18 18
N° 20
Cassaboune

AVG



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-815237

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Youssef LARAKI
Dr. EN CHIRURGIE DENTAIRE
40 Rue Abou El Wakt 1^{er} Etge N° 20
Quartier Bourgogne Casablanca
Tél. 0522 20 00 14

Date de consultation : 31/08/2023

Nom et prénom du malade : HOSS ASMAA Age :

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

Nature de la maladie : maladie Buccodentaire

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° W21-815237

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 :

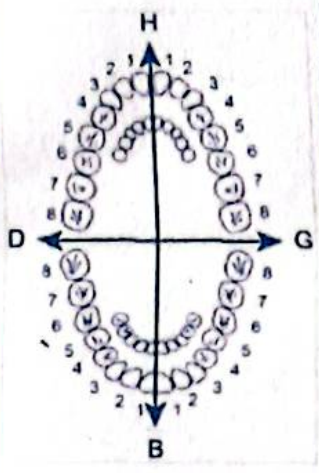
Date de dépôt :

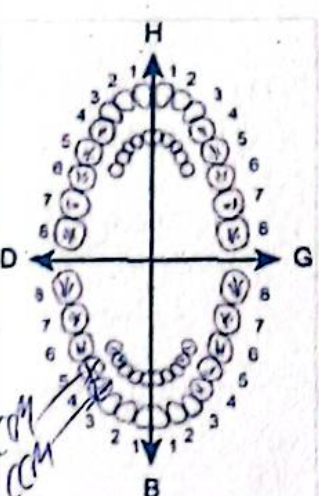
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
<p><i>Création des couronnes sur les dents 14 et 15</i></p>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									
<p><i>D 400</i></p>										
<p><i>Montant 2000 DH</i></p>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

YOUSSEF LABAKI
40 Rue Abdoul Wakt
Quartier...
Page N° 20
Abianca