

**IMPORTANTS A LIRE POUR
ITS ET EVITER LES REJETS**

lui-même notamment la nature de la maladie.
la première consultation.

cale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
s. prothèses auditives ou orthopédiques ainsi

ces de l'accident est à joindre à la feuille de

ordonnances.
re jointe.

u (sous pli confidentiel) doivent être

emandé par le médecin conseil de

la feuille de soins.

le début des séances de

dre à la feuille de soins.

la feuille de soins est

nouvelée tous les 6

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-804313

195951

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Septi KANAI

Date de naissance :

21/12/62

Adresse :

Damal Septi 62@gmail.com

Tél. :

06.06.31.02.10

Société :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31/01/2024.

Nom et prénom du malade :

Camelia Selhi

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

chute et ORF

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 21/02/2024

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-804313

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Ante tout Date de 6 Janvier Dg 04/06 => Dsuo 24 000 My.</p>																		
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> Dsuo</p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 24 000 My.</p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/> 31/01/24</p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>AKALAY</p> <p>Chirurgien Dentiste</p> <p>17 Rue Abou Mousa El Jazouli 1er Etage N° 3</p> <p>Casablanca</p> <p>Tel : 022 087 326</p>																		

Nom du patient	Camelia Sebbi	
VN	valeurs du patient	interprétation
SNA	82° ± 3°	75° Rehomaxillie supérieure
SNB	80° ± 3°	66° Rehognathie inférieure
ANB	2° ± 3°	9° Cl II Spinelettif.
I/FR	107° ± 5°	93° Reholabevie supérieure
I/PM	90° ± 5°	75° Reholabevie inférieure
I/I	131° ± 5°	158° Reholabevie
Axe Y / Fr	60° ± 4°	62° Orientation normale
Angle Facial	87° ± 3°	84° Tendance à la Rehognathie
Tweed	26° ± 4°	35° Hypertivorence.
Wits	= +2mm ± 2	5mm Cl II Spinelettif
Ligne d Mac Namara A= 0mm B= -2mm ±2mm	A = 6mm B = -5mm	Promaxillie et Rehognathie g.
B' - A' = 2 mm ± 2		
DDM, R = DDM, Ce+DDM, Clin	D.M.D 4 Incisives >	
KORKHAUS	Largeur arcade > Molaire	
CONCLUSION	Cl II Spinelettif avec Reholabevie supérieure et inférieure et hypertivorence.	

RADIOLOGIE DERB GHALEF
Dr. MUSTAPHA HAMDOUNE
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
Tel: 0522 86 01 25/86 10 68

SEBTI CAMELIA
Date de naissance: 28/05/2014

25/07/2023 13:06:06

[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]

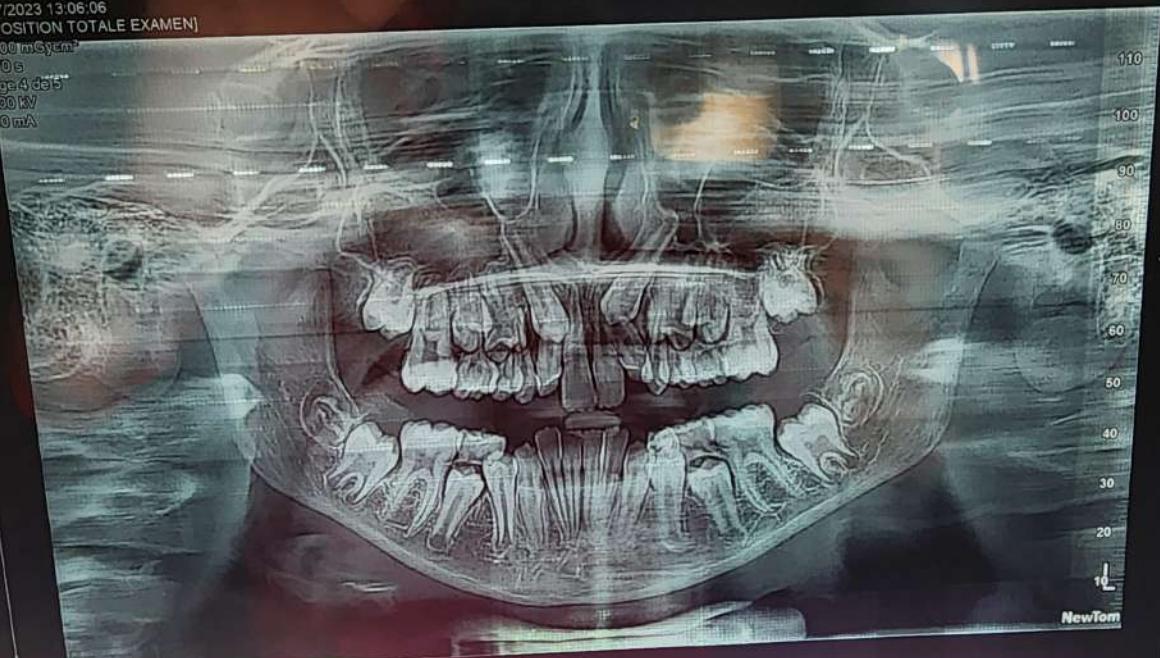
86.000 mGy/cm²

12.70 s

Image 4 dS/5

73.00 kV

6.00 mA



RADIOLOGIE DERRI CHALEF
Dr. MUSTAFA HAMDOUNE
Angle Bd. Aoua et Bd. Abdelloumen
Tel: 0522 88 01 25/96 10 68

SEBTI CAMELIA
Date de naissance: 28/05/2014

25/07/2023 13:09:42
30.000 mGy²
9.00 s
77.00 kV
12.00 mA

