

IMPORTANTES A LIRE POUR
SÉRIER ET EVITER LES REJETS

en lui-même notamment la nature de la maladie.
la première consultation.
médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
prothèses auditives ou orthopédiques ainsi

ordonnances.
re jointe.

du (sous pli confidentiel) doivent être
demandé par le médecin conseil de

la feuille de soins.

le début des séances de

re à la feuille de soins.

la feuille de soins es

renouvelée tous les 6

les données

Horloge



Déclaration de Maladie

N° W21-804313

195951

☐ Maladie ☒ Cadre réservé à l'adhérent(e) ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Matricule : 2229

☐ Actif ☒ Pensionné(e) Société : Autre :

Nom & Prénom : SEBTH KANAL

Date de naissance : 01/12/62

Adresse : Daniel Sebth 62@gmail.com

Tél : 06 06 31 02 10

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mariame AKALAY
Chirurgien Dentiste
17 Rue Abou Moussa El Jazouli 1^{er} Etage N° 3
Tél : 022 987 326

Date de consultation : 31/01/2024

Nom et prénom du malade : Camelia Sebth

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

Nature de la maladie : traitement ODF

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

[illegible]

Coefficient

INP :




Page 10

Dsuo

24000

31/01/24



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

~~Chirurgen Dentiste~~

Chirurgien Dentiste
17 Rue Abou Moussa El Jazouli 1^{er} Etage. N° 3
Tél : 022 987 326

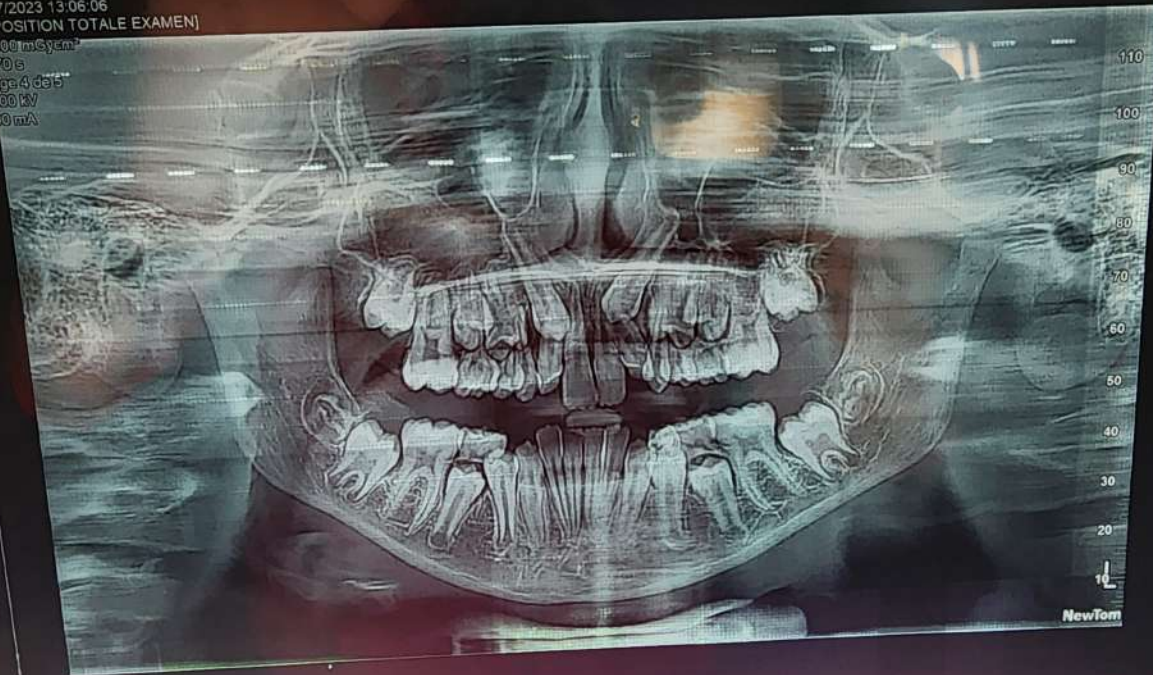
17. Blue Abou Moussa El Bahadri
Casablanca TEL: 022 987 326

Nom du patient		Camelia Sebbi	
VN		valeurs du patient	interprétation
SNA	$82^\circ \pm 3^\circ$	75°	Rehmaxillie supérieure
SNB	$80^\circ \pm 3^\circ$	66°	Rehognathie inférieure
ANB	$2^\circ \pm 3^\circ$	9°	cl II squelettique
I/FR	$107^\circ \pm 5^\circ$	93°	Rehoalverdie supérieure
I/PM	$90^\circ \pm 5^\circ$	75°	Rehoalverdie inférieure
I/I	$131^\circ \pm 5^\circ$	158°	Rehoalverdie
Axe Y / Fr	$60^\circ \pm 4^\circ$	62°	Crâne normale
Angle Facial	$87^\circ \pm 3^\circ$	84°	tendance à la Rehognathie
Tweed	$26^\circ \pm 4^\circ$	35°	hypertrovergence
Wits =	$+2\text{mm} \pm 2$	5mm	cl II squelettique
Ligne d Mac Namara A = 0mm B = -2mm $\pm 2\text{mm}$		A = 6mm B = -5mm	Promaxillie sup Rehognathie inf
B' - A' =	$2\text{mm} \pm 2$		
DDM, R =			
DDM, Ce+DDM, Clin			
KORKHAUS		D.M.D 4 Incisives >	
		Largeur arcade > Molaire	
CONCLUSION		cl II squelettique avec Rehoalverdie supérieure et inférieure et hypertrovergence.	

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]
861000 mSvcm²
12/70 S
Image 4 d315
73.00 kV
6.00 mA



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

SEBTI CAMELIA
Date de naissance: 28/05/2014

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

