



Déclaration de Maladie

N° M21- 074577

- Maladie
 Dentaire
 Optique
 Autres

174927

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif
 Pensionné(e)
 Autre :

Nom & Prénom : DRIOUICH LOUFI

Date de naissance : 19/06/65

Adresse : 47 Rue IMAM Mouslim Ouhassane
Casa

Tél. : 0661396306 Total des frais engagés : 11000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/05/2023

Nom et prénom du malade : N° DRIOUICH LOUFI Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dentaire C2

In cas d'accident préciser les causes et circonstances :

En cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

Je certifie 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.

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 74577

Complissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

1.69.30.47 → NASEM
Rkm

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

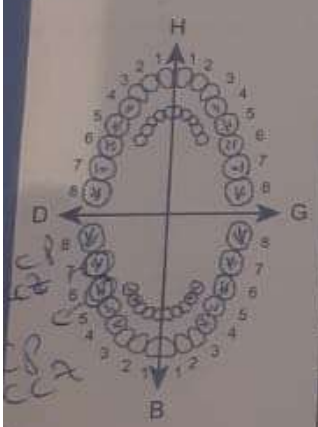
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'exécution



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Conforme prothèse sur 4 6 et 7

Conforme Perçage Zircon sur 4 6 et 7

Conforme Perçage Zircon 47

Y. Amal BENALLOU
Chirurgien Dentiste
1 Rue Joel Sagnat
Cité des Jeunes - Lil-Casablanca
Tél: 05 21 31 53 11

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amal Benazzouz
Chirurgien-Dentiste
Sur Rendez-vous



الدكتورة أمال بن عزوز
طبيبة جراحة الأسنان
بالموعد

Casablanca, le 07/09/2023

Mr DRIQUECH LOTFI

Devis d'honoraires

Dent	Acte	Honoraire
46	Couronne céramo-zircone "CCZ"	5 000,00
47	Couronne céramo-zircone "CCZ"	5 000,00
46	Couronne provisoire	500,00
47	Couronne provisoire	500,00
TOTAL		11 000,00

Somme arrêtée à : onze mille dirhams

Dr Amal Benazzouz
Chirurgien-Dentiste
1 Rue Jbel Saghrou - RDC Appt. 3 Cité des Jeunes CIL - Casablanca
Tél.: 05 22 91 58 11

1 Rue Jbel SAGHROU - RDC Appt. 3 Cité des Jeunes CIL - CASABLANCA, Maroc
Tél.: 05 22 91 58 11 - E-mail : amalandaloussi7@gmail.com

Docteur Amal Benazzouz
Chirurgien-Dentiste
Sur Rendez-vous



الدكتورة أمال بن عزوز
طبيبة جراحة الأسنان
بالموعد

Cher collègues,

Le patient DRIOUECH Lotfi s'est présenté pour une reprise prothétique au niveau de la 47. À l'examen clinique il a été révélé une fracture céramique au niveau de la couronne sur la 47 et une solidarisation de la couronne sur la 47 et la couronne sur la 46.

Je vous adresse ce courriel pour une prise en charge pour la reprise prothétique (couronnes tout zircon) sur la 46 et 47.

NAZZOUZ - DRIOUCH LOTFI

le qualité Options Fenêtre ?

