

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																				
Coefficient des travaux																							
Montant des soins																							
Début d'exécution																							
Fin d'exécution																							
ODF Prothèses dentaires Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553		
H		G																					
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession Prothèse totale en BAS Prothèse partielle en BAS de 305 ASSB D20 + D90 = D210																							
Date du devis 30/1/2019 Fin d'exécution 01/4/2019																							
Docteur KETTANI Hafid Chirurgien Dentiste 22, Bd/10 Mars Sidi Othmane Tél: 0522 56 42 38 - Casa		Visa e																					

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

P 17 0065421

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Signature de l'Adhérent	
Nom & Prénom	NATEN 8710	RB	
Fonction	Retrait	Signature de l'Adhérent	
Phonies		A. A. A.	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	PAZS	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 16-05-1957
Nature de la maladie			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date	03 AVR. 2019
Montant de la facture		ACCUEIL	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	01 FEV 2019
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Docteur Kettani Hafid

Chirurgien Dentiste
Ancien Attaché à La Mutuelle
Générale

Chirurgie - Soins - Prothèse
Radiographie

الدكتور الكتاني حافيظ

طبيب جراحي للأسنان
طبيب رئيسي سابقا بالتعاقدية
العامة

الجراحة - العلاج - التركيب
الفحص بالأشعة

— Ordonnance —

Attestation (facture)

Je soussigné certifie Dr KETTANI
ayant effectué une prothèse dentaire
à 7° N° 0000 8710 dont le
montant de honoraires est de
à l'adresse N° 10 Mars Sidi Othmane, Casablanca.

Cachet du Médecin

Docteur KETTANI Hafid
Chirurgien Dentiste
22, Bd. 10 Mars Sidi Othmane
Tél : 0522.56.42.38 - Casa

Le :

Casa 01/4/2019

Monsieur NAJEM SAID
Matricule 7205
Casablanca

Casablanca, le 09-04-2019

Objet : Contre Visite

Référence dossier	Bénéficiaire	Date de soins	Nature Actes / Maladie	Frais Engagés
P17/0065421	ADHERENT	01/04/2019	PROTHESES DENTAIRES	4 000,00

Nous faisons suite au dossier visé en marge et vous prions de se présenter muni de votre CIN chez :

DR. SAID MOUINY

Bd, BRAHIM ROUDANNI 22 BIS , RUE OUSSAMA IBNOU ZAID 1ER ETAGE
CASABLANCA

TEL : 05 22 23 20 77

Aux fins d'une contre-visite en prenant rendez-vous au préalable

Prière nous retourner cette lettre dûment datée et cachetée par le médecin contrôleur.

Veuillez croire en l'assurance de nos sentiments distingués.



PO
SARA
NASRAHAY

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

Je soussigné (e), Docteur...SAID MOUINY..... certifie avoir effectué une contre-visite

Le 15 /11 /2019 , pour le compte de la MUPRAS

REF : P17/0065421

Matricule : 7205

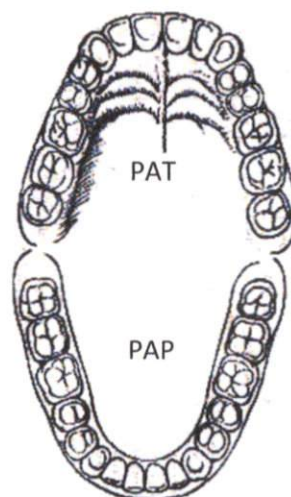
Mutuelle : MUPRAS

Nom et Prénom de l'assuré(e) : NAJEM SAID

Personne traitée : LUI -MEME

ETAT ACTUEL :

DENTS ABSENTES. : EDENTATION TOTALE HT / PARTIELLE BAS
DENTS OBTUREES AU COMPOSITE : NEANT
DENTS OBTUREES A L'AMALGAME : NEANT
DENTS DEVITALISEES : NEANT
DENTS COURONNEES : IDEM
ETAT DE GENCIVE : NEANT
PROTHESE PRESENTES EN BOUCHE : PAT HT ET PAP BAS



Observations et conclusions :

PROTHESE REALISEE PAT HT ET PAP BAS D120 + D90

Fait à : ...casablanca Le 20/11/2019

Cachet et Signature du Médecin Contrôleur