

# SOINS ET PROTHÈSES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES                      | Dents<br>Traitées                                                                          | Nature<br>des soins | Coefficient | Coefficient des         |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------------|
|                                      |                                                                                            |                     |             | Montant des soins       |
|                                      |                                                                                            |                     |             | Début d'exécution       |
|                                      |                                                                                            |                     |             | Fin d'exécution         |
|                                      |                                                                                            |                     |             |                         |
| <b>O.D.F.</b><br>Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire                                                  |                     |             | Coefficient des travaux |
|                                      | H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553  |                     |             | Montant des soins       |
|                                      | (Création, Remont, adjonction)<br>Et (révision, thérapeutique, nécessaire à la profession) |                     |             | Date du devis           |
|                                      |                                                                                            |                     |             | Fin de                  |

**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal

W17-126340

DATE DE DEPOT

08/04/2019

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |                                   | Mle 1990                              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Nom & Prénom <b>GHALMI Aomar</b>                  |                                   |                                       |
| Fonction <b>Rekrade</b>                           | Phones                            |                                       |
| Mail                                              |                                   |                                       |
| MEDECIN                                           |                                   | Prénom du patient <b>GHALMI Aomar</b> |
| Adhérent <input type="checkbox"/>                 | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/>       |
| Age                                               | Date <b>08.04.19</b>              |                                       |
| Nature de la maladie                              |                                   | Date 1ère visite                      |
| <b>Maske + Oxygène</b>                            |                                   |                                       |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |                                   |                                       |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient               | Montant détaillé des honoraires       |
| <b>C 2</b>                                        |                                   | <b>2800</b>                           |
| PHARMACIE                                         |                                   | Date <b>08/04/19</b>                  |
| Montant de la facture                             |                                   | <b>529,13</b>                         |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                          |                                   | Date                                  |
| Désignation des Coefficients                      | Montant détaillé des Honoraires   |                                       |
| AUXILIAIRES MEDICAUX                              |                                   | Date                                  |
| Nombre                                            |                                   | Montant détaillé des Honoraires       |
| AM                                                | PC                                | IM                                    |
|                                                   |                                   | IV                                    |

**PHARMACIE AL OUBD**  
S. CHALAK Haj Nasser  
Docteur en Pharmacie  
55 Av. Oued Seboua  
Tel / Fax 05 22 90 53 46  
JCE: 0522905346

**MUPRAS**  
12 AVR 2019  
ACCUEIL

Docteur **RENABES TAARJI F.Z**

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



الدكتورة ف. ز. بن عباس (التعارفي)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس

بالموعد

## ORDONNANCE

GHALMI Aomar

Casablanca, le : 08.04.14

Amaral 3 mg

99,10



up mal at epas

3 mg

JANUMET 50/1000

437,00



up - 'ch'  
up sani

up upers

Lauts pafhen

low san ewe

ahay

PHARMACIE AL QUAD  
Docteur en Pharmacie  
S. CHALAK Haj Nassar  
Oued Sebou - El Oujda  
Tél : 05 22 80 53 45  
CASABLANCA



Docteur **RENABES TAARJI F.Z**  
Endocrinologue - Diabétologue  
Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane  
Sidi Abderrahmane  
Imm Communal N°10, 1er Etage  
62

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1<sup>er</sup> Etage (à gauche)

Hay Hassa Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence): 0522 90 07 55 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr