

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 canaux, 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														
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G			Montant des soins
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis															
			Fin d'exécution															

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



P 14 / 29582

DATE DE DEPOT

17 / 04 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 2400
Nom & Prénom <u>Bouayachi Mustapha</u>			
Fonction <u>Retraite</u>		Phones <u>0613167451</u>	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Bouayachi Mustapha</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>68</u>
Nature de la maladie <u>Maladie coronaire</u>		Date <u>17 AVR. 2019</u>	
Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>CS + ECU</u>		<u>300,-</u>	
PHARMACIE	Date <u>17/04/2019</u>		
Montant de la facture <u>142,60</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV

Signature de l'adhérent
Dr. Hassane MIR
Bd. Abd. 19 Rue de la Hayane
Tél: 05.22.22.22.22 / 05.22.22.22.22

PHARMACIE ARRADI
153, Rue des Angles
Tél 022.26.13.03 CAS

MUPRAS

22 AVR. 2019

ACCUEIL

CACHET

Docteur MIR Hassane

**Maladies du Cœur et des vaisseaux
CARDIOLOGUE**

Diplômé des Universités de Paris V et VI
Diplômé d'échodoppler cardiaque (Paris VI)

Casablanca, le : 17/04/2019

Ordonnance

**M. BOUAYACH Mustapha
Kamal**

43,60
CARDIOASPIRINE ou ASPEGIC 100 mg : 1 par jour au début du repas de 2180x2

mid

TAHOR 20 mg : 1 comp. par jour

99,00 COSTAL

LOT : 8MA022
ASPEGIC 100MG
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



LOT : 8MA022
PER : 02 2020

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



142,60
** Q.S.P. 3 mois **

99,00 DH
Dr. Hassane MIR
Cardiologue
Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayane
Tél : 05 22 22 21 34 / 58 - Casablanca
N°P : 001113209

صيدلية الرازي
PHARMACIE ARRAZI
أحمد وافي الرازي
153, Rue des Anglès
Tél 022 26.13.03 CASA

79, rue Jaber Ben Hayane, Bd ANFA

(en face de la commune Sidi Beyout), 20020, Casablanca,

Bur : 0522 22 21 34 ou 58 - Bur mobile : 0696 14 04 54 - Urgences uniquement : 0661

13 83 31 -