

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										
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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

Visa et cachet du praticien

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

W18-384578

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 6826

Nom & Prénom KARITI EL MOSTAFA

Fonction : RETRAITE Phones 0522583238

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age

Date 28/03/19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Fracture maxillaire

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

K10

1

274,61

PHARMACIE

Date 28/03/19

Montant de la facture

13,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

ALIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET



وصفة
ORDONNANCE



Le 28/03/2019

ROUTINE Aicha

13,20

2/AlgiK y



28 x

LOT 18D310 EXP 12/21
PPV-13DH20

صيدلية ابن تيمية
PHARMACIE IBN TAYMIA
FOULOUS
Docteur en Pharmacie
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf
Tél 0522 33 52 25
Casablanca

DR TALEB
Service de Polyclinique
CNSS

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	1073763	N° SEJOUR :	190021470	FACTURE N° 1905014702		DATE D'ENTREE : 28/03/2019		DATE DE SORTIE : 28/03/2019			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MOUTMINE,Aicha							
MALADE : MOUTMINE,Aicha											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE											
ACTE DE CHIRURGIE		KC	10.00	22.50	225.00					0.00 225.00	
FOURNITURES MEDICALES					49.61					0.00 49.61	

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE	TOTAUX :	274.61						274.61
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENT SOIXANTE QUATORZE DHS ET SOIXANTE ET UN CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	274.61					
DATE FACTURE : 28/03/2019		EDITEE LE : 28/03/2019		PAR: FENANI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

