

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 <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. 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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 03259
Nom & Prénom <u>EL HAMZA OUI Abdelmalek</u>		Signature de l'adhérent
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>06 76 99 77 12</u>	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>EL HAMZA OUI Abdelmalek</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>66</u>	Date <u>17-05-2019</u>
Nature de la maladie <u>Diabète sucré</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>Non</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	<u>2</u>	<u>2000</u>
PHARMACIE	Date <u>17/05/19</u>	Signature de la pharmacie Angle Hassan Kassi et Abou Hassan Saghi Casablanca Tél 29 17 10
Montant de la facture <u>11330</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	

Dr. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

Diabète - Cholestérol - Hypertension
Obésité - Thyroïde

الدكتور وافدي عبد الرحيم
اختصاصي من كلية الطب بباريس

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمينة

Casablanca, le 18/05/19 في الدار البيضاء،

Dr. HAMZAoui Roudani

89,00

89,00
5430
14330

54,30

AL MAWLID
Ang e nou tonou Kati
et Abou Hassan Seghi
Coordination Case 1023.17.94

secteur WAFDI
ENDOCRINOLOGUE
Rue Pyrénées Angle Bd. Roudani
Casablanca
25.19

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : M. NADJ

Certifie que Mlle, Mme, M. : M. NADJ ZAOUI Stadelbacher

Présente Diabète sucré

Nécessitant un traitement d'une durée de : longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

ROYAUME DU MAROC
NOCRIINOLOGIE DIABETOLOGUE
Rue Mohamed VI - Casablanca
25-19-19