

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 Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution																																				
O.D.F. Prothèses dentaires		<p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>22</td> <td>GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>13</td> <td>23</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>15</td> <td>25</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>17</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>47</td> <td>38</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>45</td> <td>36</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>43</td> <td>34</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> </tr> </table> <p>H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553</p> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DROITE	11 21	22	GAUCHE	12	13	23	24	14	15	25	26	16	17	27	28	18				48	47	38	37	46	45	36	35	44	43	34	33	42	41	31	32
DROITE	11 21	22	GAUCHE																																						
12	13	23	24																																						
14	15	25	26																																						
16	17	27	28																																						
18																																									
48	47	38	37																																						
46	45	36	35																																						
44	43	34	33																																						
42	41	31	32																																						
Visa et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																																							

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 03259				
Nom & Prénom EL HAFIZ AOUI abdelmalek		Prénom du patient EL HAFIZ AOUI abdelmalek				
Fonction Retraite	Phones 06 76 99 77 27	Date 17-05-2019				
Mail		Date 1ère visite				
MEDECIN		Prénom du patient				
<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 66						
Nature de la maladie						
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances						
		Non				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires				
		2000				
PHARMACIE		Date AFISIAS				
Montant de la facture		M 33				
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date				
<table border="1"> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </table>		AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV			

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 بباريز

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليستيرونول - السمنة

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

Dr. Wafdi Abderrahim Nophelak

83,00

83,00

54,30

114,30

Dr. Wafdi Abderrahim Nophelak

54,30

Cabinet Dr. WAFDI
Ang. à rue Pyrénées
et Abou Hassan Saghir
Casablanca (Ex Bd. Roudani)

Dr. WAFDI
ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE
Rue Pyrénées Angle Bd. Maârif
Casablanca 25,00

2، زنقة عبد الله راجع (بني ساقا) - زاوية شارع ابراهيم الروداني - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.25.19.70
2, Rue Abdallah RAJAI (Ex. Pyrénées) - Angle Bd. Brahim Roudani - Maârif - CASABLANCA - Tél. : 05 22.25.19.70



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

valable 3 mois

Le 17/05/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :  Jean-Marc Lepage

Certifie que Mlle, Mme, M. : El Hadjoune Adelwate

Présente Diabète juv

Nécessitant un traitement d'une durée de : 10 semaines

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 BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

ACTEUR : ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE
RUE : VILLEBES Ango Br. Braine
VILLE : ASPREL Carref. de
DATE : 16/06/2019 25-19