

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de	
	DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32				
	HAUT	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28				
	BAS	48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33				
	GAUCHE	22 23 24 25 26 27 28 29 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32				
	O.D.F.		Détermination du coefficient masticatoire			
		DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	H		
		HAUT	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
		BAS	48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33	G		
		GAUCHE	22 23 24 25 26 27 28 29 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32			
		Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		
		VOLET ADHERENT		NOM : Mme		
		DECLARATION N°		W18-406217		
Date de Dépot		Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois						
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les						

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme 11534

Nom & Prénom : *Kreim Amal.*

Fonction : Phones :

Mail :

MEDECIN Prénom du patient : *Tahar*

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie : Date 1ère visite :

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE Date :

Montant de la facture :

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
	AM	PC	IM

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

Signature et cachet du médecin

Signature et cachet du Pharmacien

CACHET

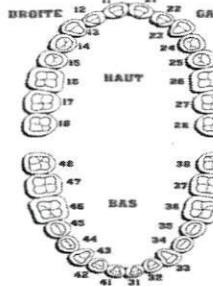
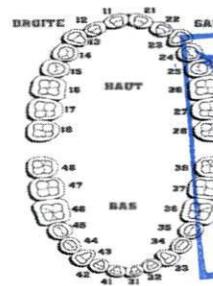
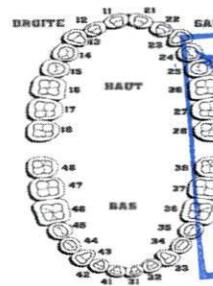
CACHET

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux	
					MONTANT DES SOINS	
					DÉBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
		H	25533412	21433552		
		D	00000000	00000000		
			00000000	00000000		
			35533411	11433553		
(Création, Remonté, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession						
ACCUEIL SIEGE						
Visa et cachet du praticien différent de celle attestant l'examen		Visa et cachet du praticien attestant l'examen				

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales du Maroc

W18-362091

DATE DE DÉPÔT

P.05 /2019

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Mme 11534

Nom & Prénom KREIM AMAL

Fonction Agent Commercial Phones. 0667081771

Mail OKreim@eyelammaroc.com

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age 13 ans

Date 02 MARS 2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Réfusé en Catalogne.

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C.S		250,00

PHARMACIE Date 02.03.19

Montant de la facture

327,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

EXAMEN MEDICAL Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

M PC IM IV

Signature de l'adhérent
TAOUI

Signature de l'agent
TAOUI

Signature de l'agent
TAOUI

Signature de l'agent
TAOUI



Dr. Laila DAOUI

Dermatologue

- Lauréate de la faculté de Médecine de Casablanca
- Diplômée en Dérmatologie esthétique et chirurgicale de l'Université de Versailles - Paris
- Ancienne Interne au CHU de Besançon - France

Casablanca, Le : 02.03.2019

Maladies de la peau,
Ongles et Cheveux

Chirurgie
Dermatologique

Dermatologie
pédiatrique

Dermatologie
Esthétique

- Botox
- Comblement
- Mésothérapie
- PRP
- Peeling

Lasers
Dermatologiques

- Epilation laser
- Cicatrices
- Varices, couperose
- Détatouage

Maladies sexuellement
transmissibles

Patient : Ezzahr Toko

+ 120,00

1/ Röutrea.

toppige sur les boutons →
pas cweste.

+ 138,00

2/ ADDA & Antiseptique

pour désinfecter
saig d

+ 69,00

3/ Ad fil cuim

sur les cicatrices

327,00



Dr. Laila DAOUI
DERMATOLOGISTE
100, Bd Mly Driss 1^{er} Résidence TANAÏM, Etg. 1 Appt 1
Résidence Tanaïm Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05 22 86 26 66 - GSM : 06 79 64 82 32 - E-mail : lailadaoui@hotmail.fr

100، شارع مولاي إدريس الأول ، إقامة تعييم، الطابق الأول الشقة رقم 1 ، حي المستشفيات - البيضاء

100, Bd Mly Driss 1^{er} Résidence TANAÏM, Etg. 1 Appt 1
Quartier des Hôpitaux - Casa

Tél.: 05 22 86 26 66 - GSM : 06 79 64 82 32 - E-mail : lailadaoui@hotmail.fr

ACM
LABORATOIRE
Dermatologique

MOLUTREX

5% HYDROXYDE DE POTASSIUM

ACM
LABORATOIRE
Dermatologique

ppm
Rp. 00

MOLUTREX

5% HYDROXYDE DE POTASSIUM
SOLUTION POUR APPLICATION
LOCALE CUTANÉE

5% Potassium Hydroxide

Solution for local application on skin

5% Kaliumhydroxide

Oplossing voor plaatselijke behandeling van de huid

5% Kaliumhydroxid

Lösung für lokale Anwendung auf der Haut

Hidróxido de Potasio al 5%

Solución para aplicación local sobre la piel

Hidróxido de Potássio 5%

Solução para aplicação cutânea local

5% هيدروكسيدي البوتاسيوم

محلول للاستعمال الجلدي الموضعي

MADE IN FRANCE

3mL

