

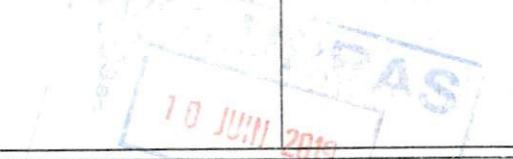
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte soigné 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																			
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> </div>																		
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> </div>																			
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33.33%;">DROITE</td> <td style="width: 33.33%;">H</td> <td style="width: 33.33%;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		DROITE	H	GAUCHE	12	25533412	21433552	13	00000000	00000000	14	D	G	15	00000000	00000000	16	35533411	11433553		
DROITE	H	GAUCHE																					
12	25533412	21433552																					
13	00000000	00000000																					
14	D	G																					
15	00000000	00000000																					
16	35533411	11433553																					
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																					

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2455	
Nom & Prénom DJEDIDI Farida			
Fonction Retraitee Phones 0626301899			
Mail ...			
MEDECIN		Prénom du patient Farida	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 1952		Date ...	
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			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 20-04-2019	
Nombre			
AM PC IM IV			
		Montant détaillé des Honoraires	
		1600,00	
			

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.

VOLET ADHERENT	NOM : <u>Dr. Faïda</u>	Mle <u>2455</u>
DECLARATION N°	W18-146558	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>10-6-19</u>	<u>300 DH</u>	<u>—1Pc</u>
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 justificatifs exigés par la Mutuelle		



MUPRAS

MUTRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de l'Assurance-Maladie

W18-146558

DATE DE DEPOT

10/06/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2455	
Nom & Prénom D.JEDEDI Farida			
Fonction : Relaisée		Phones 06 96 30 1299	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient D.JEDEDI		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 1952	Date 10.04.15		
Nature de la maladie AMEROME		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes Rx	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		300,00	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		IM

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le 10/04/2019 في البيضاء

Madame DJEDIDI Farida

DE PRES

Oeil Droit : + 2,00

Oeil Gauche : + 2,00

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Dr. BADAOUI Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Ferhat Hachad
Tél.: 05 22 26 61 68 - Cas.

Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 - N° 27 rue Ferhat Hachad (perpendiculaire Bd. du 11 janvier), Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi, Casablanca.

www.dradaouiabdellatif.com - www.casablancalaservision.com





Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0008034

Optique Mille pour cent

Optométriste & Opticien

Date : 20.04.2019

Mr : DJEDIDI FARIDA
Docteur : BADAOUI ABDELLATIF

Type des Verres : ORGANIGUM AR

Monture : METAL 600,00

* Vision de Loin :

OD Axe..... Cyl..... Sph.....

OG Axe..... Cyl..... Sph.....

* Vision de Près :

OD Axe..... Cyl..... Sph +2 100,00

OG Axe..... Cyl..... Sph +2 100,00

Optique Mille pour cent

Optométriste & Opticien

Montant : 1600,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Six cent six mille

N° 425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca
ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - PATENTE : 30057211