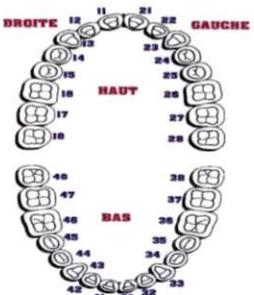


# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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                |                          |
|--|----------------------------------|--|------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------|
|  |                                  |  |                  |             | <b>Montant des soins</b>       |                          |
|  |                                  |  |                  |             | <b>Début d'exécution</b>       |                          |
|  |                                  |  |                  |             | <b>Fin d'exécution</b>         |                          |
|  |                                  |  |                  |             | <b>Coefficient des travaux</b> |                          |
| ODF.<br>Prothèses dentaires  |                                  | Détermination du coefficient masticatoire  |                  |             |                                | <b>Montant des soins</b> |
|  |                                  | H  |                  |             | <b>Date du devis</b>           |                          |
| D  | 25533412<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>11433553   | G                |             | <b>Fin de</b>                  |                          |
|  |                                  | (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             |                                |                          |
| Visa et cachet du praticien<br>attestant le devis                                |                                  | Visa et cachet du praticien<br>attestant l'exécution                                     |                  |             |                                |                          |

| VOLET ADHERENT   | NOM :          | DAKACH                 | Mle 1853 |
|--|----------------|------------------------|----------|
| DECLARATION N°   | W18-398859     |                        |          |
| Date de Dépôt  | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |          |
|  | 621,00 DHS     | 4p/s                   |          |
| 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 |                |                        |          |



W18-398859

DATE DE DEPOT  
...../...../201...

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |                   | Mle 1853                        | Signature de l'adhérent         |
|---|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Nom & Prénom                                      |                   | DAKACH Med NAJIB                | Signature de l'adhérent         |
| Fonction :  |                   | Phones 0528228792               | Signature de l'adhérent         |
| Mail  |                   |                                 | Signature de l'adhérent         |
| MEDECIN   | Prénom du patient |                                 |                                 |
| 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 27/05/10     |                                 |                                 |
| Montant de la facture                             |                   |                                 |                                 |
| 621,00  |                   |                                 |                                 |
| ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES                        |                   | Date :                          |                                 |
| Désignation des Coefficients                      |                   | Montant détaillé des Honoraires |                                 |
|   |                   |                                 |                                 |
| AUXILIAIRES MEDICAUX                              |                   | Date :                          |                                 |
| Nombre  |                   | Montant détaillé des Honoraires |                                 |
| AM  | PC                | IM                              | IV                              |
|   |                   |                                 |                                 |

Handwritten signatures and numbers are present on the form, including "DAKACH Med NAJIB", "W18-398859", "1853", "621,00", and various dates like "27/05/10". A large blue stamp with text in French and English is also visible across the bottom right.



30 comprimés  
TRIATEC® Protect® 10mg



infréquente à 25°C.  
A conserver à une température

Uniquement sur ordonnance / Tableau A  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

triatec® protect® 10mg

TRIATEC® Protect® 10mg  
Ramipril

TRIATEC® Protect® 10mg  
Ramipril

TRIATEC® Protect® 10mg  
Ramipril

EDDAHBI  
ERHIR  
ddahbi  
DIR  
45  
7

## BON DE LIVRAISON N°

DESTINATAIRE

Prof. Long/30



20.1.0

CH. AL MANSOUR EDDAHBI  
C. A. M. O. U. S. S. E. R. H. I. R.  
Cité: Dakar - Agadir  
Tél: 05 28 22 99 45  
INPE: 042001317

621.0

59

bon état

Signature

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_