

*courrier Nouvellem*

## 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
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>				

Détérmination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																				
<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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			
H		G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction)																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																						

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-404575		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-404575

DATE DE DEPOT

13/06/2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	11037
Nom & Prénom		BENMAKHLOUF LAILA	
Fonction	Traitement Bess	Phones	0661749599
Mail		LBENMAKHLOUF@Royalairmaroc.com	
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient	
Achérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input checked="" type="checkbox"/> Age
Nature de la maladie		Date 03/05/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Affection Oculaire			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
GéFo		350,00	
<b>PHARMACIE</b>		Date	
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV