

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												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	
	H														
	25533412	21433552													
00000000	00000000														
G															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

VOLET ADHERENT	NOM: MOUARI BOUCHAIB	Mle 5340
DECLARATION N° P17/051743		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
130,00	48,50	3P
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		



P17/051743

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 5340	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom MOUARI BOUCHAIB			
Fonction	Phones		
Mail 0663517268			
MEDECIN	Prénom du patient MOUARI BOUCHAIB		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 27 MAI 2019	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
S.			1300
PHARMACIE	Date 270519		
Montant de la facture		20850	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	17 JUIN 2019		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CACHET

CACHET

Dr. Hassan BELKOUK

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Diplômé D'échographie
Générale de la **F. M. C**

Diplôme d'Expertise
Médicale de la **F. M. C**

MEDECINE GENERALE

Tél: 05 22 75 07 38

الدكتور حسن بلقوك

خريج كلية الطب بالمركز الجامعي
ابن رشد بالبيضاء

دبلوم الفحص بالصدى كلية
الطب بالبيضاء

دبلوم الخبرة الطبية
كلية الطب بالبيضاء

الطب العام

الهاتف : ع : 05 22 75 07 38

27 MAI 2019

Casablanca , le : البيضاء في

Mouarrij

Bwetrig

80,50
x2
s/nwcep

48,50
2/ Cofiprent

208,50



Dr. BELKOUK Hassan
ECHOGRAPHIE
OMNIPRATICIEN
144, Hay EL Qods Bd. (H) Sidi Bernoussi
Tél: 05 22 75 07 38 - Casablanca

شارع نابلس الرقم 144- حي القدس - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

Boulevard NABOULS N°144, Hay EL QODS - Sidi Bernoussi - CASABLANCA