

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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination 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				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de																					

VOLET ADHERENT	NOM : <u>CHABADA</u>	Mle <u>648</u>
DECLARATION N°	W18-383055	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>575120</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		



W18-383055

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>648</u>
Nom & Prénom <u>CHABADA ABDELHAM</u>		
Fonction :	Phones <u>0667273639</u>	
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Nature de la maladie <u>HTA</u>		Date <u>31/07/19</u>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite
Nature des actes <u>CS+ELH</u>	Nbre de Coefficient <u>2</u>	Montant détaillé des honoraires <u>280,00</u>
PHARMACIE		
Date <u>31/07/2019</u>		
Montant de la facture <u>325,20</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
Date :		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

DR. HOUARI CHAYMAA
CARDIOLOGUE
Loisirs EL Oum, Bd Oued Oum Rabi
GP N° 37, 1er étage - Casablanca
Tél : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 70

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Ababati
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Madiouy-EI Oufia
Casablanca-Tél: 0522 90 91 13
ICE: 001673273000063

MUPRAS
03 SEP. 2019
ACCUEIL

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES :
ECG, HOLTERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE,
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS

تخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب و تشخيص الأوعية بالدوبلير - تسجيل الضغط الدموي و القلب 24 ساعة - اختبار الجهد

الدكتورة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار و الصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Diplômée en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Segalen

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive de l'Université Paris Sud

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France



* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 162DH60

Mr ABDESSLAM CHBADA

31 JUL 2019



1) NEBILET 5 MG, Comprimé : 0 - 1/2 - 0 x 3 MOIS

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 162DH60

2) OL 6 MG, Comprimé sécable : 0 - 0 - 1/4 x 15 JOURS

3) SEPCEN 500 mg, Comprimé : 1 - 0 - 1 x 5 jours

4) NURAX CP: 1 - 1 - 1 x 2mois

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moulouya-El Oulfa
Casablanca - Tél: 0522 90 91 13
JGE: 001573273000063

Dr. HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUE
Lotissement EL Oulfa, Bd Oum Rabii
G/P N° 37 - 1er étage - Casablanca
Tél. : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78

المستعجلات : 06 61 15 41 21

INP : 091204834

حي الولفة - شارع أم الربيع - قرب "مختبر كريم لاب" رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء

Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii en face Du Laboratoire " KARIMLAB " G/P N° 37, 1er étage

Tél. : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com