

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 travaux

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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			
	H		G															
	25533412	21433552	00000000	00000000														
	00000000	00000000	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 :	Mle
DECLARATION N°	W18-389958	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		



W18-389958

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	9136
Nom & Prénom		BAHHAR MAD	
Fonction :	06/22 1982	Phones	
Mail		NBAAHAR@RoyalAirMaroc.Com	

MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/>
Age	08/7/20	Date	12/07/19
Nature de la maladie	Apexomosite plantaire		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cg		30000

PHARMACIE	Date	21/7/19
Montant de la facture	134.20	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

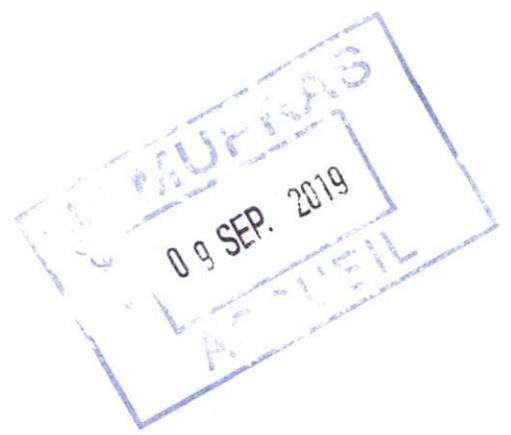
AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

9136

Signature de Dr. EL ANDALOUSSI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
Casablanca

CACHET

CACHET





مصحة الجهاز 84,80



QUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 21/7/19

Docteur :

Mme Bahhar Nadia

84,80

1 - Buserin 90



1 plipit 7; sidp

49,40

2 - Esac 20



1 plipit 7;

134,20

Dr. Y. ELAND
Professeur
Traumatologie
Neuro Clinique

LOT 18/05
PER 11/20
PPV 490H40

49,40

