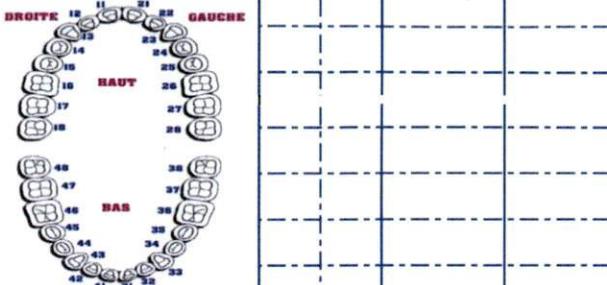
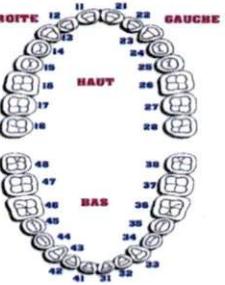


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, 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											
					Coefficient des travaux											
					Montant des soins											
					Date du devis											
					Fin de											
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		D	25533412 00000000	21433552 00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553
H																
D	25533412 00000000	21433552 00000000														
G	00000000	00000000														
	35533411	11433553														

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
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>		

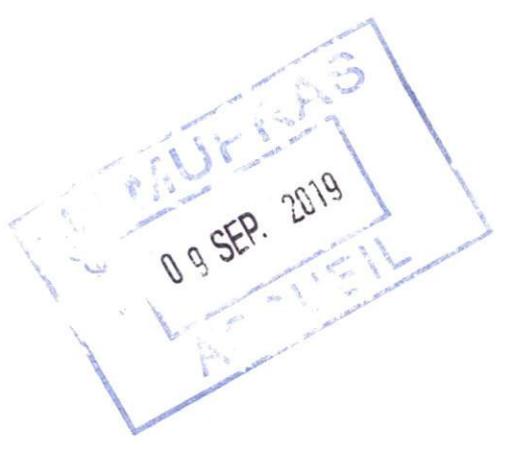
Cachet
MUPRAS

MUPRAS		W18-389958	DATE DE DEPOT
...../...../201...			
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9136	OUSSI
Nom & Prénom : RAHAR MAD AYANDA		ture de régé	
Fonction : 06/02/1982		Dr. I. professeur	Orthopédie
Mail : N.RAHAR@RoyalA. Casablanca		Casablanca	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age : 08/07/70	Date : 02/07/19
Nature de la maladie : Appendicite		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cg			30332
PHARMACIE		Date : 2/7/19	
Montant de la facture		134.20	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signé : Dr. EL ANDALOUSSI
Professeur Agrégé
Orthopédiste de Casablanca

CACHET

CACHET





مصححة الجهاز

84,80

QUE DE CASABLANCA



Casablanca, le

21/11/19

Docteur :

Mme Bakkou Nadia

84,80

1



Breath of

Applift fit self

49,40

2

Esac 20



130,20

Applift fit

Université Hassan II
Faculté de Médecine et de Santé
Casablanca

Dr. Y. ELAND
professeur
Traumatologie
Neuro Clinique

LOT 1875
PER 11/10
PPV 490040

49,40



Angle rue de l'Isere et rue N° 2, Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca • Tél : 05 22 82 11 11 (L.G)

Fax : 05 22 85 21 84 • Email : karimhouidi@neuroclinique.com • Site Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009