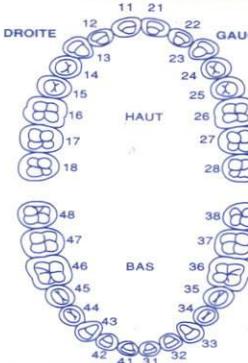
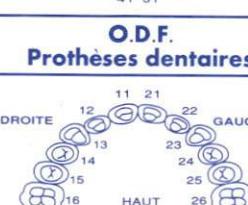


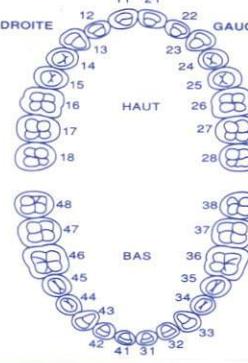
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution
					
DROITE	11 21 22 23 24 25 26 27 28				
	12 13 14 15 16 17 18				
HAUT	35 36 37 38 39 40 41 42				
					
DROITE	33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20				
	34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				
BAS	43 44 45 46 47 48				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire									
		<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>		D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	G	G	00000000 35533411	00000000 11433553
D	H										
25533412 00000000	21433552 00000000										
G	G										
00000000 35533411	00000000 11433553										
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>									

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
---	--	--	--

VOLET ADHERENT		NOM : <i>BAKDI D. MUSA</i>	Mme 3220
DECLARATION N°		P 17/0056153	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
15/04/21	1584 DH	01	
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			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 3220	<i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom : <i>BAKDI D. MUSA</i>		Fonction : <i>RAM.</i> Phones : <i>0662247318</i>	
Mail :			
MEDECIN	Prénom du patient : <i>Dr. Bakdi D. MUSA</i>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : <i>76 ans</i>
Nature de la maladie : <i>Thyrophosphin dentaire</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>CH</i>			<i>200000</i>
PHARMACIE		Date : <i>9/4/2021</i>	
Montant de la facture		<i>1284,00 DH</i>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		CACHET	
AM	PC		
		Montant détaillé des Honoraires	

Dr. ZOUGAGHI Sinane
Chirurgien Urologue

- Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Ancien médecin au CHU Avicenne - Rabat
- Ancien interne des hôpitaux de Paris - France



الدكتور الزوڭاغي سنان
أخصائي في أمراض و جراحة الكلى
و المسالك البولية والأعضاء التناسلية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط
- طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

193, Bd. Oum Rabii - Oulfa

Dr. ZOUGAGHI SINAN
Chirurgien Urologue
193, Bd. Oum Rabii App. n° 14 Casablanca
Tél. 05 22 89 00 98 GSM 06 62 71 04 01

121.40 x 3

- Fluox Septh CV le bon

153,30 x 6

- Fenison Septh CV PDR
160 mg Bonne

PHARMACIE SOUFIANE
Groupes K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

Dr. ZOUGAGHI SINAN
Chirurgien Urologue
193, Bd. Oum Rabii App. n° 14 Casablanca
Tél. 05 22 89 00 98 GSM 06 62 71 04 01

193, Bd. Oum Rabii App. n° 14 - Oulfa - Casablanca.

شارع أم الربيع شقة رقم 14 الولفة - الدار البيضاء

Fixe : 05 22 89 00 98 Urgence : 06 62 71 04 01 E-mail: sinane27@gmail.com

LOT 201017
EXP 03/2022
PPV 121.40DH

LOT 201017
EXP 03/2022
PPV 121.40DH

LOT 201016
EXP 03/2022
PPV 121.40DH

153,30
PER 06 2023

153,30
PER 06 2023

153,30
PER 06 2023

153,30
PER 06 2023

153,30

153,30

153,30

PHARMACIE SOUIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026