
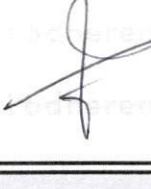



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES														
<p>Le praticien est prie de presenter la dent traitée, l'acte pratique et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF</p>														
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient										
				Coefficient des <input type="text"/>										
				Montant des soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux										
		<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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>
H														
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		D _____ G		Montant des soins <input type="text"/>										
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>										
		2 ^e semestre de Tr ODF		Fin de <input type="text"/>										

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	W18-382483	DATE DE DEPOT/...../201.....
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Mle 8717		
Nom & Prénom AFFANI AMINE		
Fonction : CDG	Phones : 0661244020	
Mail : affani.amine@yahoo.fr		
MEDECIN		
Prénom du patient MOMIA		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age 12 ans Date		
Nature de la maladie		Date 1ère visite
SOINS DENTAIRES		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		
Date 15		
Montant de la facture		
<div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; display: inline-block;">  MUPRAS 18 JUN. 2019 ACCUEIL SIEGE RAM </div>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	

DOCTEUR MEHDI BEN MALEK

Spécialiste en
Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'enfant et de l'adulte
Orthodontie linguale
Diplômé de l'Université de Bordeaux
Ancien Assistant à l'Université de Bordeaux



الدكتور المهدي بن مالك

اختصاصي في
تقويم الأسنان والفكين و الوجه
تقويم للأطفال و الكبار
تقويم داخلي
خريج جامعة بوردو - فرنسا
أستاذ مساعد بجامعة بوردو سابقا

Marrakech le : 30/03/2019

FACTURE

l'enfant AFFANI MONIA

2ème Semestre de traitement multi-attaches métalliques (D90).....4500dhs



BBa Dgo

Dr. MEHDI BEN MALEK
Orthodontiste
3, Av. Cheikh Rabihi, P.S. Othman
Appt. 18 - Marrakech
Tél/Fax : +212 (0)5 24 45 82 50