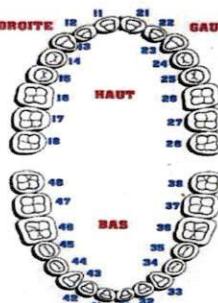


PAR L'ADHERENT		Mme	Signature et cachet du praticien
Nom		Phones.....	
.....		

N	Prénom du patient		
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Age	Date
aladie		Date 1ère visite	

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de										
		<table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	D	G	35533411	11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
D	G													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) <small>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</small>														
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'execution												

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	W18-381837	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois <small>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</small>		

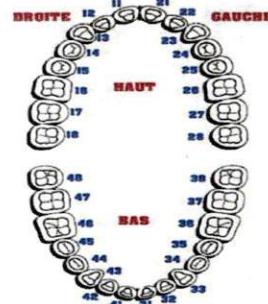
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				Signature et cachet du praticien PHARMACIE Montant de la facture
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE Date				
ANALYSES - RADIOPHARMACIE Date :				Signature et cachet du pharmacien CACHET
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre AM PC IM IV				Signature et cachet du cabinet

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			
					11	21	31
					12	22	32
					13	23	33
					14	24	34
					15	25	35
					16	26	36
					17	27	37
					18	28	38
					45	39	39
					46	40	40
					47	41	41

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

Visa et cachet du praticien
attestant de l'exactitude de l'execution

Visa et cachet du praticien
attestant de l'exactitude de l'execution



W18-381838

DATE DE DEPOT

11.04.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 6602

Nom & Prénom SABBANE Omer

Fonction : R Phones 06 57 52 35 91

Mail 12 Ag. Fatah n° 677 ap 3 C.P. 90022

MEDECIN

Prénom du patient Omer

Adhérent Conjoint Enfant Age 47 ans Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : 28/04/2019

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
233	

ES MEDICAUX

Date

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
PC	IV

MUPRAS
SOCIETE DE SECURITE
BELMANS KHAZID
ACCUEIL

14/02/2019
وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

Bon Die Daoudi

R^o (sauv face)
a droite

Dr. BELKAÏD Khalid
Spécialist en Chirurgie
4, Rue Sidi El Maghrebi
Tél. 0529 88 88 88

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Youssef Essafi
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue



GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani

Dr. H. Bengelloun

Dr. Z. Tazi chaoui

28/02/2019

PATIENT

SABBANE BOUCHRA

MEDECIN TRAITANT

ESSAFI YOUSSEF

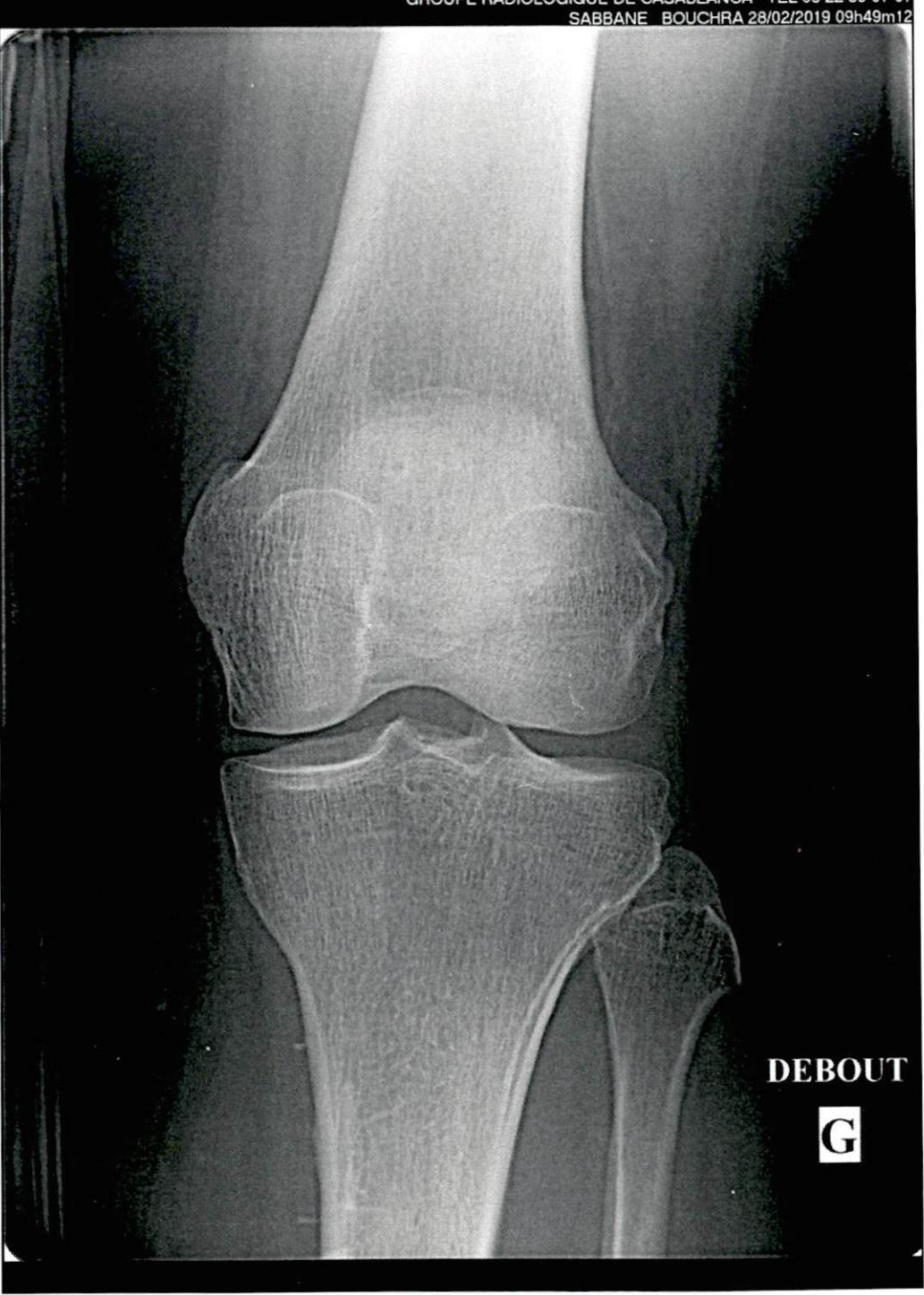
RX DES DEUX GENOUX DE FACE :

Interlignes articulaires conservas.

Structure osseuse normale.

Pas d'anomalie des parties molles.

Dr. DR. K. BELYAMANI Khalid
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tél : 022.39.07.07



GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 28/02/2019

Reçu N° 190228008

M ou Mme : **SABBANE BOUCHRA**

Examen(s) demandé(s) :

GENOUX FACE

Soit un montant total de : **300.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Dr. BELYAMANI Khalid
Spécialiste d'Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tel : 022 39 01 01

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07

Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923