

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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|---------------|-------------------------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|-------------------|
| | | | | Montant des soins | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | Montant des soins |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Fin de | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Visa et accord du patient

Visa et accord du praticien



W18-146605

DATE DE DEPOT

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

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle |
|---|---------------------------------|---|
| Nom & Prénom | | EL ABBASSI KHAYDOUJ (EPAZIZI) |
| Fonction | Phones | 0632 23 82 63 |
| Mail | | maguiss1@gmail.com |
| MEDECIN | | Prénom du patient EL ABBASSI KHAYDOUJ (EPAZIZI) |
| Adhérent | Conjoint | Enfant |
| Age | 69 | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | Date |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient |
| Montant détaillé des honoraires | | |
| PHARMACIE | | Date |
| Montant de la facture | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | |
| LIAIRES MEDICAUX | | Date |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires |
| PC | IM | IV |

PHARMACIE
UNIVERSELLE CASA SARL AU
398, Bd Brahim Roudani
Casablanca

Tel: 0522 25 31 42

CACHET

2019
MUPRAS
25 AVR 2019
ACCUEIL

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmogiste



Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser

الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 16/06/2019

N° ELABRESSI Phakelap

D'audiology cell



1/10/2019

→ 10m

Vision cell



1/10/2019

→ 10m

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

PHARMACIE
UNIVERSELLE CASA SARL AU
398, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 0522.25.31.42

400, Bd Brahim roudani - Casablanca - Tél : 05 22 25 48 88 / 05 22 25 70 88

400 شارع ابراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 70 88 / 05 22 25 48 88