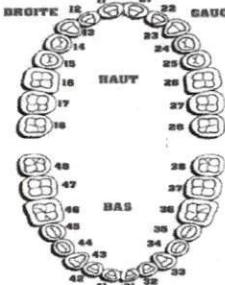
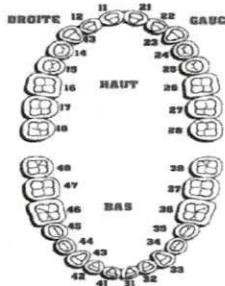


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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																									
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux																								
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> </table>				H		D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Montant des soins</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Date du devis</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fin de</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		Montant des soins						Date du devis						Fin de			
H																														
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553																												
G																														
Montant des soins																														
Date du devis																														
Fin de																														
Visitez le site du praticien affichant le devis		Visitez le site du praticien affichant l'exécution																												



W18-146605

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom : *EL ABBASSI KHAYDOUZ (EPAZIZI)*

Fonction : *RETRAITÉ* | Phones : *0632 23 8263*

Mail : *maoussi.6@hotmail.com*

MEDECIN

Prénom du patient

EL ABBASSI KHAYDOUZ (EPAZIZI)

Adhérent Conjoint Enfant Age : *69* Date : *27/11*

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affection Oculaire

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

<i>CG</i>		<i>25900 DH</i>
-----------	--	-----------------

PHARMACIE

Date : *16.01.2019*

Montant de la facture

21810

PHARMACIE
UNIVERSELLE CASA SARL AU
398, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 0322 25 11 11

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

LIENES MEDICAUX

Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
	PC	IM	IV

22.01.2019
MUPRAS

ACCUEIL

Docteur D KHISST Mouassine
Ophtalmologue
Brahim Roudani Casablanca
Tél: 0322 25 42 88

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 الدخيري محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

16/01/2019

ن.م EL ARBASSI Khadeg

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste
Bd Brahim Roudani 2^e étage
→ 11m.

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste
Bd Brahim Roudani 2^e étage
→ 11m.

218.10
Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste
400, Bd Brahim Roudani, 2^e 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 الروانى - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 70 88 / 05 22 25 48 88