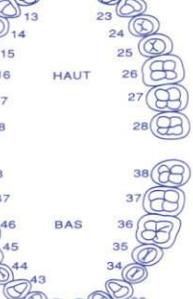
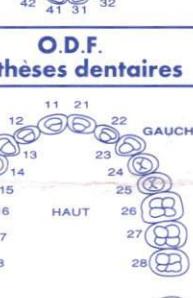
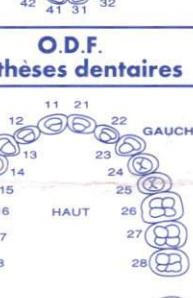


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 travaux												
				Montant des soins 												
				Début d'exécution 												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Fin d'exécution 												
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">D</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		Coefficient des travaux
D	H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
				Montant des soins 												
				Date du devis 												
				Fin d'exécution 												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales

P17 / 0066163

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1562		
Nom & Prénom HABIB El Ferhani				
Fonction Retraité	Phones 0661137251			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient Rachida HABIB			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Affection oculaire				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances NON.				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
b		100,00 Dhs (ENT)		
PHARMACIE	Date			
Montant de la facture				
				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date				
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
				
AUXILIAIRES MEDICAUX Date 21/5/19				
Nombre AM PC IM IV				Montant détaillé des Honoraires
				

Docteur DAKIR Mohamed

OPHTALMOLOGISTE

Ancien Assistant du CHU de Gand

Membre Titulaire des Sociétés

Française et Belge d'Ophtalmologie



الدكتور دكير محمد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

عضو في الجمعية الفرنسية

والبلجيكية لأمراض العيون

Nom : NAKHLAoui
Prénom : Rachida

20.03.2019

Lunette
avec Lentilles de pro

Deg = +3.50



434 شارع ابن تاشفين - حكم - أمام أسيما - البيضاء 20350

434, Bd. Ibn Tachfine - Hakam I - En face d'ACIMA - Casa 20350

Tél.: 05.22.63.55.88 -Fax : 05.22.62.14.65 - GSM : 06.60.60.41.31

نظارات الغروب OPTIQUE EL GHOROUB

N° 0000811

Casablanca, le 21/05/2018

M : MARIA LAOUI Doudia

N° de nomenclature :

Docteur : DAHIRI, Mohamed

Monture :

Tinque

8000

Verres :

Organique Myope Bleu V

Paquet

+350

V.L.

OD :

+350

OG :

+350

V.P.

OD :

OG :

ADD :

Total :

18000

Arrêtée la présente facture à la somme du :

17000



124, Bloc EF derb sultan Casablanca

Patente N° 36611526 - R.C. : 242268