

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>															
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>															
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>															
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	00000000		21433552	00000000	D 00000000	35533411		00000000	11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H			G															
	25533412	00000000		21433552	00000000														
D 00000000	35533411		00000000	11433553															
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																
<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant le devis		<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant l'exécution																	

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b> P 14 / 54684			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	364,80		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
<b>Cachet MUPRAS</b>			



P 14 / 0054684

DATE DE DEPOT

28 / 06 / 2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 10993	
Nom & Prénom		CHADY Hanane	
Fonction	FDS	Phones 0661487114	
Mail		hchady@royalairmaroc.com	
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age .....		Date 30/08/19	
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	
9		130, n	
<b>PHARMACIE</b>		Date 30/08/19	
Montant de la facture		234,80	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

CACHET

CACHET

Lot: 180469  
A consommer de  
préférence avant le: 08/2021  
PPC: 79.50 dh

**FORTMAG®**

**PPC : 86,00 DH**

LOT : L8263/4  
PER : 10/2021

**conseil**

LOT: 180258  
DLUO: 12/2021  
69,00DH

Casablanca, le

2015/12/20

الدار البيضاء، في

CHADY HANNANE

Pharmacie Oued EL Makhazine  
Mohamed Amine BENNANI  
Doeur en Pharmacie  
1, Lot Oued El Makhazine - Casablanca  
Tél : 0522 52 20 17 E-mail : benanni.d@gmail.com

Dynatens  
79,50 14 x 24  
Fortmag 300  
86,00 17h le for sech  
KARMEK  
69,00 25h le for sech  
234,50

الدكتور الشاوي صالح الدين  
الطبيب بالحدود - حسيب لدى المحاكم  
Docteur Salah-Eddin  
Echographie Générale - Médecine Expe  
47, Bd Mokhtar Soussi (Mosquée Souna)  
Casablanca - Tél : 0522 28 16 56