

# 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																
<b>O.D.F.</b> 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) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin de																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <u>CHABADA</u>	Mle <u>648</u>
DECLARATION N°	W18-383057	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>41</u>	
<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		



W18-383057

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>648</u>
Nom & Prénom <u>CHABADA Abdesslam</u>		
Fonction : <u>Retraité</u>	Phones <u>067273639</u>	
Mail <u>chabada.abdellah@airmaroc.ma</u>		
<b>MEDECIN</b>		
Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age .....		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
<b>PHARMACIE</b>		
Date <u>28/08/2019</u>		
Montant de la facture		
<u>44,00</u>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date : .....		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date : .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

MUPRAS

03 SEP. 2019

ACCUEIL

**PHARMACIE DE LA WILAYA**  
 ZEKRI Abdelati  
 Docteur en Pharmacie  
 222, Bd Qued Molouya-El Oulfa  
 Casablanca-Tél: 0522 90 51 13  
 R.C.S: 001573273000063

# PHARMACIE DE LA WILAYA

FACTURE N°: 23/19

Client : CHBADA ABDESSALAM

Adresse :

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 28/08/2019

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Quantité	Total
28/08/2019	SA	DOLIGRIPPE SS SUCRE B : 8 STS	20,00	1	20,00
28/08/2019	SA	FEBREX ADULTE B: 8 STS NORMAL	21,00	1	21,00
			Total		41,00
			Remise		
			Net		41,00

Dont TVA	1,31
----------	------

Arrêtée la facture à la somme de :  
Quarante et Un Dirhams

PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222, Bd Oued Mouloya-EI Oulfa  
Casablanca-Tel:0522 90 51 13  
ICE: 001573273000063

PPV:20DH00  
PER:02/22  
LOT:1408

20,00 DH

PHARMED LOT : 1467  
UT.AV : 03-21  
PPV:21DH00