

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										
O.D.F. Prothèses dentaires			Détermination du coefficient masticatoire										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H												
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
00000000	00000000												
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction)													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													
Visa et cachet du laboratoire attestant la réalisation													
VOLET ADHERENT			Mle										
NOM :													
DECLARATION N° W18-389957													
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes											
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois													
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle													

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-389957	DATE DE DEPOT/...../201.....
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9136	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BAHAR NADIA			
Fonction :		Phone: 0612219829	
Mail NB.AHAR@RoyalAirMaroc.com			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 08/07/70	Date 11/6/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Apomoxet par voie orale			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS			3000
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 11/06/19	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		1450dh	
62, Boulevard Sidi Abderrahman Casablanca 20 200			

PRAS
03 SEP. 2019
ACCUEIL

PRAS
03 SEP. 2019
ACCUEIL



مصلحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 11/6/19

Docteur :

Youssef Bahar Nadi

Dépêchez-vous de nous
pour une consultation
d'urgence

Dr. Y. EL ANDALOUSSI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
Neuro Clinique de Casablanca



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le

11/06/19

Docteur :

Mme Bahlan Nadia

Semelles orthopédiques

sur mesure pour arthrose
hanche

Dr. Y. EL ANDALOUSSI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
Neuro Clinique de Casablanca

Cabinet de Podologie

Diplômée d'état, Paris

62, Boulevard Sidi Abderrahman
20200 Casablanca, Maroc

عيادة طب الأرجل

خريجة دولة باريس

62، شارع سيدي عبد الرحمن
الدار البيضاء - المغرب

Le

11/06/2019

Facture

BAHHAR NADIA

Acte

Examen clinique

Semelles orthopédiques

Total

Honoraire

250,00 Dh

1 200,00 Dh

1 450,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
1 450,00 Dirhams


Podiama SARL
62, Boulevard Sidi Abderrahman
Casablanca 20 200



مصلحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 11/06/2019

Docteur :

FACTURE 079/6/19

NOM ET PRENOM Mme BAHHAR NADIA

CS PR EL ANDALOUSSI : 300.00

INFILTRATION SOUS
ECHOGRAPHIE K20 : 1500.00

MONTANT GLOBAL : 1800,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
«MILLE HUIT CENTS DIRHAMS »

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2
Quartier Bagatelle - Polo
Tel 0522 82 11 11 Casablanca