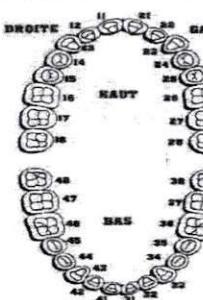
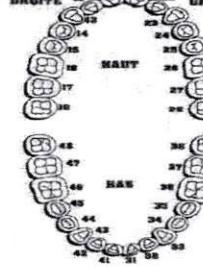
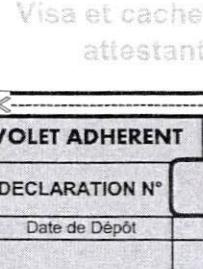


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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	<b>Coefficient des</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b> 
DROITE					
12	11	12	11		
13	14	13	14		
15	16	15	16		
17	18	17	18		
19	20	19	20		
21	22	21	22		
23	24	23	24		
25	26	25	26		
27	28	27	28		
29	30	29	30		
31	32	31	32		
GAUCHE					
42	41	42	41		
43	44	43	44		
45	46	45	46		
47	48	47	48		
49	50	49	50		
51	52	51	52		
53	54	53	54		
55	56	55	56		
57	58	57	58		
HAUT					
61	62	61	62		
63	64	63	64		
65	66	65	66		
67	68	67	68		
69	70	69	70		
71	72	71	72		
73	74	73	74		
75	76	75	76		
77	78	77	78		
79	80	79	80		
81	82	81	82		
83	84	83	84		
85	86	85	86		
87	88	87	88		
89	90	89	90		
91	92	91	92		
93	94	93	94		
95	96	95	96		
97	98	97	98		
99	100	99	100		
O.D.F.		Détermination du coefficient masticatoire			
Prothèses dentaires					
DROITE		25533412	21433552		
GAUCHE		00000000	00000000		
HAUT		00000000	00000000		
		35533411	11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT		NOM : <b>W18-362991</b>		Mle	
DECLARATION N°					
Date de Dépôt		Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
<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					

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <b>1251</b>
Nom & Prénom <b>Khalaf Saadia</b>		
Fonction <b>ENTREPRENEUR</b> Phones.....		
Mail <b>RETRAITÉ</b>		

Signature de l'adhérent  
Signature de l'adhérent

MEDECIN	Prénom du patient	<b>Khalaf Saadia</b>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date 30/8/19	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Signature du Docteur Khalaf SAADIA	
		ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE NUTRITIONNISTE 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubrenn, Casablanca	
		300 DA	

PHARMACIE	Date <b>30/08/19</b>
Montant de la facture	
<b>95,80 DA</b>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : .....
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

**MUPRAS**  
ACCUEIL

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
blanca  
us



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

الدار البيضاء، في: 30.8.2019

Mme KHALAF Samia

06,80

Levthyrox 25  
mg matin 06,80



96,80



6 mois

Levthyrox 25

96,80

Amidon 5



6 mois

Dine foie

Lampe à huile

des deux

au milieu

de rejet

3 mois

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux  
et Rue Dubreuil  
Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3ème étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA

Tel.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zinebslaoudiouri@gmail.com - ICE : 001697433000063