

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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	Coefficient des travaux										
<b>O.D.F.</b> 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 le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-362991	
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		



W18-362991

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 1281	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom KHALLAF Soudia			Signature de l'adhérent
Fonction RETRAITE		Phones	
Mail			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient KHALLAF Soudia	
Athérent	Conjoint	Enfant	Age
Date 30/8/19		Date 1ère visite	
Nature de la maladie THYROÏDE			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
			3000 DA
<b>PHARMACIE</b>		Date 30/08/19	
Montant de la facture		96,80 DH	
<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

Docteur ELHACHOUY  
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue  
Dubrent - Casablanca

Signature et  
cachet du  
Pharmacien



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



7862160335

6 1 8001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

a, le : 30-8-2019 : في : الدار البيضاء,

Mme KHALAT SAADIA

06.80  
lastHyox 25  
→ matin jeun  
6 mois

89.80  
Amilor 5  
→ 11  
6 mois

D. cure totale  
→ amputée à l'abdomen  
dans les 2 semaines  
au milieu  
du repas  
3 mois

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3ème étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zinebslaouidiouri@gmail.com - ICE : 001697433000063