

SOINS ET PROTHÉSES 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	Coefficient des 													
	DROITE	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21																
	GAUCHE	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31																
	HAUT	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20																
	BAS	32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41																
	D	25533412	21433552															
	D	00000000	00000000															
	D	00000000	00000000															
	D	35533411	11433553															
	O.D.F. Prothèses dentaires 																	
	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique, nécessaire à la profession					H		D	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D	00000000	00000000	D	35533411
H																		
D	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
D	00000000	00000000																
D	35533411	11433553																

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme						
Nom & Prénom Békkari Med Karim 								
Fonction :	C.D.B	Phones. 0661630382						
Mail	K.BEKKARI.C.RAM							
MEDECIN		Prénom du patient BÉKKARI Lina						
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>	Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	Date 12/3/18	
Nature de la maladie		Place au chevelu						
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
Voir facture		1200						
u jointo								
PHARMACIE		Date 11/3/18						
Montant de la facture		132,30						
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date :								
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires						
								
MÉDICAUX Date :								
Nombre		Montant détaillé des Honoraires						
PC	IM	IV						
								



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

11/03/19

Béb Kacina

Age: 1 an

Poids: 15 Kg

P' PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BO GHANDI ET
Y EL MANSOUR 30306

① Augmentation Sosoh en
20,60

NS

44,20

1 Dose de 15 Kg B3/ - 75

② Relais diatrique Sosoh
17,50

NS

132,30

1 Dose de 15 Kg B3/ - 75

Dr Driss CHBIHI WAHOUD
Chirurgien Pédiatre

Dr. Driss CHBIHI WAHOUD

Chirurgien Pédiatre

Appt 1, Sidi Maâtouf Casablanca

Tél: 05.22.97.11.25

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028 - E-mail : atfalclinique@gmail.com

RDV le 16/08/19
Sba Hsaf

Doli®
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 01/21
LOT H128

17DH50.



03M160 31344A117
12 AMIXAH 1HABAH
002 10H4H0 43 310HA
2002H4H 12 17

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : 1730 / 2019 du 12/03/2019

Nom patient BEKKARI LINA
PAYANT

Entrée 11/03/2019
Sortie 11/03/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS DE SALLE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	200,00
PHARMACIE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	200,00
Total Clinique				400,00
DR. CHBIHI WAHOUDI DR (chirurgien pedia)	1,00	K20	800,00	800,00
			<i>Sous-Total</i>	800,00
Total Autres prestations				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	Total	1 200,00

CLINIQUE ATFAL, CLINIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - Chambre de Commerce
Tél: 0522 23 18 18 | fax: 0522 23 50 28

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

12/03/2019
08:53

Nom Patient : BEKKARI LINA

Numéro dossier : C19C120832

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
12/03/2019	VICRYL RAPIDE 5/0 RT 17mm (001)	0	1,00	120,00	120,00
12/03/2019	SERINGUE JET 05CC RR (001)	0	1,00	5,00	5,00
12/03/2019	LIDOCAINE 1% inj (01)	0	1,00	15,00	15,00
12/03/2019	GANT STERILE 8 (001)	0	1,00	30,00	30,00
12/03/2019	FILET TUBULAIRE MOR t5 (001)	0	1,00	30,00	30,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, Bd Aïderre l'm Bouabid
Oasis - CASABLANCA

Tél : 0522 23 18 18/Fax : 0522 23 50 28

Total pharmacie

200,00



Note d'honoraires

Nom et prénom

Bekkai Di Tari

Diagnostic

ptose de paupières

Intervention

Cotation

1200 DH

Honoraires

Casablanca, le

Signé

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca
Oasis - CASABLANCA
Tel: 0522.23.18.18 / Fax: 0522.23.50.28

Le : 11/03/2019

Références

1 730 / 190312073323011005
PAYANT

Entrée / Sortie : 11/03/2019 - 11/03/2019

Le Dr. CHBIHI WAHOUDI DRISS

présente à . BEKKARI LINA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

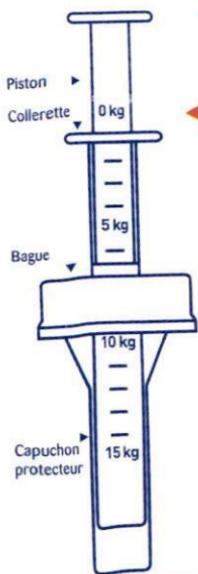
Dr DRISS CHBIHI WAHOUDI
Chirurgien Pédiatre
Gh35, 306 A Montralbal
Apt 1, Sidi Maâoul - Casablanca
Tel : 05.23.97.31.24

Cachet et signature

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

100 MG/

| **nourris**



Après addition d'eau jusqu'au 0 kg, on obtient 30 ml de suspension, soit 112 doses-graduation (1

► **1 dose-graduation**
3 fois/jour, à prendre, préférence au début des repas, pendant jours.

PPV : 44,20 DH
LOT : 563739
PER : 10/2019

Uniquement sur ordonnance

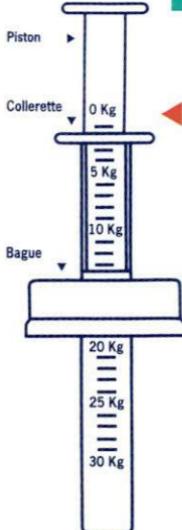
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Augmentin® est une marque déposée des sociétés du Groupe

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

100 MG/12,5 mg par ml

| **enfant**



► **1 dose-graduation n°**
3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

PPV : 70,60 DH
LOT : 603602
PER : 05/2020

Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Augmentin® est une marque déposée des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline