

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	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins																
	<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				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis																		
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de																		



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-392067

W18-392067

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle						
Nom & Prénom <u>Bekkari Med Karim</u>								
Fonction : <u>C.D.B.</u>	Phones : <u>06.61630388</u>							
Mail : <u>KBEKKARI C RAM</u>								
MEDECIN Prénom du patient <u>Bekkari</u> <u>Line</u>								
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>12/3/14</u>						
Nature de la maladie		Date 1ère visite						
<u>Plaque au chevelu</u>								
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
<u>voir facture</u>	<u>u jointe</u>	<u>1200</u>						
PHARMACIE Date <u>11/3/14</u> Montant de la facture <u>132,30</u>								
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires								
LIAIRES MEDICAUX Date : Nombre <table border="1"> <thead> <tr> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Montant détaillé des Honoraires			PC	IM	IV			
PC	IM	IV						

Dr. HASS CHIBHI WAHAB
Chirurgien Pédiatre
Gh35 306 Al Moustaqbal
Appt. 2, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 22.97.31.25

PHARMACIE SOUMES
LAPAKI
ANGLE 11/11/11
TEL : 360896

MUPRAS
12/3/2014
Accueil Siège/Ram



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

11/03/19

Belt/Kane Lina

Pfe. 4ans

P = 15 kg

P^h / MACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BO GHANDI ET
Y EL MANSOUR 31.0306

① Augmentation Snop en
20,60
44,20



1 Dose de 15 kg 13/5 → 75

② Délivrance diatrique Snop



17,50

132,30

1 Dose de 15 kg 13/5 → 75

Dr Driss CHBIHI WAHOUD
Chirurgien Pédiatre

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca Moustakbal
© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028 - E-mail : atfalclinique@gmail.com
Appt 1, Sidi Maarouf Casablanca
Tél: 05.22.9741.25

Rdv le 16/03/19
Sda Atfal

Doli®

PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 01/21
LOT H128

17/50



LABORATOIRE D'ANALYSE
CHIMIQUE
17, rue de la République
92000 NANTERRE
FRANCE

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

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

CLINIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim BOUABID OASIS
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
Total pharmacie					200,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, Bd Abdelrahman Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél : 0522 23 18 18 / Fax : 0522 23 50 28



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Note d'honoraires

Nom et prénom Bekkadi tuis
Diagnostic ptorie de crincher
Intervention _____
Cotation _____
Honoraires 1200 DH

Casablanca, le

Signé

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50 Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tel: 0522.23.18.18 / Fax: 0522.23.50.28

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

Le : 11/03/2019

Références

I 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

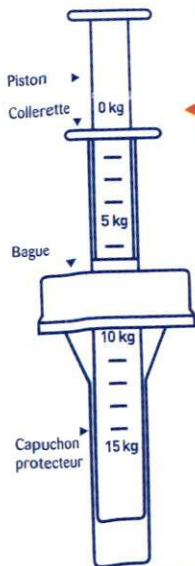
Dr DRISS CHBIHI WAHOUDI
Chirurgie Pédiatrique
Appt. 1, Gh35, 305 A, Moulins
Sidi M'abouf - Chabab
Tel : 05.22.97.37.28

Cachet et signature

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

100 MG /

nourris



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

1 dose-graduation
3 fois/jour, à prendre
préférence au début de
pendant jour

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

Uniquement sur ordonnance

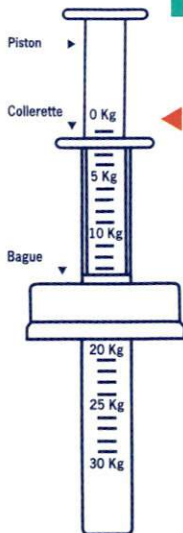
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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
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