

# 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																
<b>O.D.F.</b> 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																		

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution



W18-367996

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	15 700
Nom & Prénom		D. BUSTAMANT	
Fonction	Phonies	0622 604 898	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	1	20000	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		250,59	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CACHET

CACHET

23 AVR. 2019

ACCUEIL

**Docteur FETTAHI**

Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux



الدكتورة فتاحي

أخصائية في طب وجراحة العيون  
أخصائية في أمراض وجراحة العيون

El Jadida le : ..... 29 mars 2019 .....

**Mme KHAFFI TOURIYA**

27/10  
DEXAFREE COLLYRE

puis 1 goutte 5 fois par jour pendant 7 jours  
puis 1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours  
puis 1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours

4/8  
THEALOSE

1 goutte 4 fois par jour et à la demande

26/10  
STERDEX PDE

1 application le soir, 8 jours

26/10  
les deux yeux

PHARMACIE HAY EL MATAJ  
Dr. BELABBES Mohammed  
3, Imm. 8 - Lot. Zahrat Jadida  
Dyar Al Mansour El Jadida  
Tél: 05 23 35 12 66

Dr. Fatima FETTAHI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Av. des FAR 1er Etage - Apt 3  
Yasmine « C »  
Tél: 05 23 37 14 54 - EL JADIDA

شارع الجيش الملكي إقامة ياسمين عمارة (س) الطابق الأول - شقة مرقمة 3 (بجانب مقهى Palmier) - الجديدة

Gsm : 0613 45 54 64 \* 0523.37.14.54 : الهاتف

Rés. Yasmine, Imm C, Av des FAR 1er Etage - Apt N°3 (à coté de Café Palmier) - El Jadida

6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Lot / Tab / EXP



4142012  
103020

**STERDEX pommade ophthalmique**  
Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH

6 118001 100378

Enreg. MA : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ  
338R1/17 DMP/21/NRQ رقم التسجيل بالمغرب

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

22386

PPC : 147.00 DH



215366  
2020 02