

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|---------------------------|---------------|--|--|-------|----|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|-----|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'execution <input type="text"/> Fin d'execution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>22</td> <td>GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>38</td> <td>39</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>41</td> <td>42</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>44</td> <td>45</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>47</td> <td>48</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">BAS</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | DROITE | 11 21 | 22 | GAUCHE | 12 | 23 | 24 | 25 | 13 | 26 | 27 | 28 | 14 | 35 | 36 | 37 | 15 | 38 | 39 | 40 | 16 | 41 | 42 | 43 | 17 | 44 | 45 | 46 | 18 | 47 | 48 | | BAS | | | |
| DROITE | 11 21 | 22 | GAUCHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 23 | 24 | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 26 | 27 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 35 | 36 | 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 38 | 39 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 41 | 42 | 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 44 | 45 | 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 47 | 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | D 00000000 | G 35533411 11433553 | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'execution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant <u>le devis</u> | | Visa et cachet du praticien attestant <u>l'execution</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|----|--|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mme 2651 | | |
| Nom & Prénom <i>SADOUTI Abdelmajid</i> | | <i>Signature de l'adhérent</i> | | |
| Fonction <i>RETRAITÉ</i> | Phones <i>0661 914290</i> | | | |
| Mail | | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient <i>Abdelmajid</i> | | | |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | | |
| Age <i>59 ans</i> | | Date <i>15/4/19</i> | | |
| Nature de la maladie <i>arthrose + diabète</i> | | Date 1ère visite | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | | |
| <i>C2</i> | <i>250,00 dh</i> | | | |
| PHARMACIE | Date <i>15/4/19</i> | | | |
| Montant de la facture <i>476,80</i> | | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date <i>15/4/19</i> | | | | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | | |
| <i>Z12</i> | | <i>200,00 dh</i> | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | | |
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | |

*23 AVE 100
JOUR EL MARI M
Spécialiste des malades et
du 11 Janvier 2019
Respiratoire et
Ain Chock - CASABLANCA
N°600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODA
10/05/2019
PHARMACIE CHARM CHEIKH
Cachet*

*15/4/19
JOUR EL MARI M
Spécialiste des malades et
du 11 Janvier 2019
Respiratoire et
Ain Chock - CASABLANCA
N°600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODA
10/05/2019
PHARMACIE CHARM CHEIKH
Cachet*

CACHET

CABINET D'ALLERGOLÒGIE ET PNEUMOLOGIE

Docteur EL MAHI Mohamed

Ex : Médecin - chef des Services de
Pneumophysiologie de Casablanca (BMSO)Spécialiste des Maladies du Poumon
Appareil Respiratoire, Tuberculose
Maladie Allergiques (Asthme)Diplôme National Français de pneumophysiologie
Diplôme d'allergologie et d'Immunologie clinique
Diplôme des maladies du sommeil et ronflementsTests d'allergie - Radiologie - Fibroscopie
Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Casablanca, le 15/04/19.

كته، الماحي محمد

الجهاز التنفسى بالدار البيضاء

سي، والسل

تنفسى
ساسيات

شعة

الاستكشاف الظائفى للجهاز التنفسى

الدار البيضاء، فى:

Région de Casablanca

en self 08j

DH

09

89

19

19

PPV

LOT

PER

دبلو

دبلو

PPV

D

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

H

CABINET D'ALLERGOLOGIE ET PNEUMOLOGIE

Docteur EL MAHI Mohamed

Ex : Medecin - chef des Services de
Pneumophysiologie de Casablanca(BMSO)

Spécialiste des Maladies du Poumon
Appareil Respiratoire, Tuberculose
Maladie Allergiques (Asthme)

Diplôme National Français de pneumophysiologie
Diplôme d'allergologie et d'Immunologie clinique
Diplôme des maladies du sommeil et ronflements

Tests d'allergie - Radiologie - Fibroscopie
Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Casablanca, le : 15/4/19 الدار البيضاء، في :

الدكتور الماهي محمد

سابقا رئيس قسم أمراض الجهاز التنفسى بالدار البيضاء

اختصاصى في أمراض الرئة، الجهاز التنفسى، والسل
أمراض الحساسية (الضيق)

دبلوم الدراسات الخاصة في الجهاز التنفسى
دبلوم الدراسات الخاصة في أمراض الحساسيات

اختبار الحساسية - الكشف بالأشعة
الاستكشاف الوظائفى للجهاز التنفسى

Dr. Saadé Abdellmajid

Reçu du cliché thoracique. $\Sigma_{12} = 80/80$ DM.

Compte rendu radiologique :

Opacités trahissant une/ des bronchite

DOCTEUR EL MAHI MOU
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
a. M. du 11 Janvier CASABLANCA
01 47 36 10