

## 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'ORF.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des												
					<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
					<input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>												
					<input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td rowspan="3">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			D	25533412	21433552	G	00000000	00000000	00000000	00000000			35533411	11433553	<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
D	25533412	21433552	G														
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
		35533411	11433553														
		<p>(Création, Remont, adjonction)            Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>												
					<b>Fin de</b> <input type="text"/>												



W18-401769

**DATE DE DEPOT**

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3126	
Nom & Prénom <u>Noujji Dachammed</u>			
Fonction : <u>retraité</u> Phone : <u>0660993789</u>			
Mail : <u></u>			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Dumati Robin</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	
Age <u>16.04.51</u>	Date		
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
PHARMACIE	Date <u>16/4/15</u>		
Montant de la facture			<u>429,00</u>
ANALYSES - RADIographies			Date : <u>16/04/15</u>
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		<u>ACIMA 16/04/15</u>

ABU ALI BAR PARA ACIMA INARA  
HAMID ALI HAZZAZ  
PHARMA TACIEN  
TANZANIA AN CHECK N° 86  
CASABLANCA

1996-1997

00072-05-  
00072-05-  
00072-05-

ires

三

.....  100%

2010/11/17

100% *in vitro* *de novo* synthesis of  $\alpha$ -ketoglutarate

100% *Mr*

des  
s

19. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 19)

1. *What is the primary purpose of the study?* *What is the study about?*

ANSWER

—  
—  
—

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

CLINIQUE DE L'OEIL



مصحة العين

16/04/2019  
Casablanca, Maroc  
MDA AL CHIMA INARA  
L'UNIVERSITY OF CASABLANCA  
Kamel

Casablanca, Le

16/04/2019

ORMAT, RASAS

1/1 Zioptan

320,00

g/te (1)

5/

6 soi plt 3mois

ézza

PHARMACIE & PARA ACIMA INARA  
HAMID HAZZAZ  
PHARMACIEN

ACIMA INARA, AV 2 MARSAIN CHOCK N° 36  
CASABLANCA, MAROC

7 640168160210  
ZIOPTAN™ 15µg/ml

Collyre en récipient unidose  
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.  
P.P.V: 320,00 DH  
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura - Maroc

5/ 320,00

109,00

2 x 50 (7-0)

129,00  
PHARMACIE & PARA ACIMA INARA  
HAMID HAZZAZ  
PHARMACIEN  
ACIMA INARA, AV 2 MARSAIN CHOCK N° 36  
CASABLANCA, MAROC

Expire

g/te x 4 (1) plt 3mois

g/te x 4 (1) plt 10 jor



PHARMACIE & PARA ACIMA INARA  
HAMID HAZZAZ  
PHARMACIEN  
ACIMA INARA, AV 2 MARSAIN CHOCK N° 36  
CASABLANCA, MAROC

YAHYA Karim  
Ophthalmologie  
065790980