

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 travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



P 17 / 064587

DATE DE DEPOT

10 / 06 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1384	
Nom & Prénom <u>Khamliche mohamed</u>			
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>062154142</u>		
Mail _____			
MEDECIN	Prénom du patient <u>FARIC FAYICA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>29.04.74</u>
Nature de la maladie <u>dent car 2 p inf</u>		Date <u>01-6-19</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite _____	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C N Psy</u>		<u>350,000</u>	
PHARMACIE	Date <u>01/06/2019</u>		
Montant de la facture	<u>1298,60</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date _____	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date _____	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur LYAZIDI Abdelkrim

NEURO - PSYCHIATRE

(Ex. Médecin du C H U Avicenne
de Rabat)

83, Bd. du 11 Janvier - CASABLANCA

(à Côté du Cinéma Colisée)

Tél. & Fax : 0522.44.36.50

Sur Rendez-Vous

الدكتور اليزيدي عبد الكريم

طبيب نفسياتي

اختصاصي في الأمراض النفسية

والعصبية وأمراض الرأس

(طبيب سابقا بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط)

83، شارع 11 يناير الدار البيضاء

(بجانب سينما كوليزي)

الهاتف والفاكس : 0522.44.36.50

بالميعاد

Casablanca, le 01 JUIN 2019 الدار البيضاء في

FARICI FATIMA

339x3

1 - Sol au do

13,30x6 n cy f.

2 - ar lower

44.90x3

3 - au punit w

2 - r v lower

A y p r e o, r

03 m

A Revoir le

03 m

Durée de Traitement



Dr. LYAZIDI Abdelkrim
Neuro Psychiatre
83, Bd 11 Janvier - Casablanca
Tél: 05 22 44 36 50

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 200mg, cp séc B 30
PPV: 339,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 200mg, cp séc B 30
PPV: 339,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 200mg, cp séc B 30
PPV: 339,00 DH



ARTANE 5 mg
CP B20

P.P.V: 13DH30



ARTANE 5 mg
CP B20

P.P.V: 13DH30



ARTANE 5 mg
CP B20

P.P.V: 13DH30



ARTANE 5 mg
CP B20

P.P.V: 13DH30



ARTANE 5 mg
CP B20

P.P.V: 13DH30



LOT: M0086
EXP: NOV 2022
PPV: 47,90 DH

LOT: M0086
EXP: NOV 2022
PPV: 47,90 DH

LOT: M0086
EXP: NOV 2022
PPV: 47,90 DH

LOT: 190350 1
EXP: 02 2022
PPV: 35,70

35,70

LOT: 190648 2
EXP: 04 2022
PPV: 35,70

35,70