

# 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	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>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>G 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	D 00000000	00000000	G 00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	D 00000000	00000000	G 00000000	00000000																
35533411	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



P 17 / 0064144

DATE DE DEPOT

03/5/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0750
Nom & Prénom Mr IBRAHIMI Mohamed		
Fonction Représentant	Phones 0661241380	Signature de l'adhérent
Mail m.brahim58@yahoo.fr	0522294830	

MEDECIN	Prénom du patient Ibrahim
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age	Date 27.5.2019
Nature de la maladie	Date 1ère visite

INTENTION INTERVENIR ORAL GENCIVE

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
INTENTION INTERVENIR ORAL GENCIVE	40	2700,00

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	Signature et cachet du Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date 03 JUN 2019														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						<p>injection au max, gauche</p> <p>m. Ibrahim</p>
Nombre				Montant détaillé des Honoraires											
AM	PC	IM	IV												

31/5/19

m. Ibrahim

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

Ancienne interne et attachée au  
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني

لطب العيون 15-20 بباريس

خريج جامعة باريس 6

Casablanca, le lundi 27 mai 2019

Monsieur IBRAHIMI Mohamed

DIABETE + GLAUCOME NEOVASCULAIRE OEIL GAUCHE

INJECTION INTRAVITREENNE D'ANTIVEGF OEIL

  
**Dr. EL ALAOUI Saïda**  
**Ophtalmologiste**  
277, Boulevard ZERKTOUNI  
CASABLANCA - Tél. 05 22 94 91 66

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

Ancienne interne et attachée au  
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**  
**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني  
لطب العيون 15-20 بباريس

خريج جامعة باريس 6

Casablanca, le lundi 27 mai 2019

Monsieur IBRAHIMI Mohamed

COMPTE RENDU OPERATOIRE INJECTION

INTRAVITREENNE ANTIVEGF OEIL gauche

- Désinfection à la bétadine
- anesthésie topique
- injection intravitréenne d'antiVEGF à 4 mm du limbe
- Pommade sterdex
- Pansement oculaire

**Dr. EL ALAOUI Saïda**  
**Ophtalmologiste**  
277, Boulevard ZERKTOUNI  
Casablanca - Tél : 05 22 94 91 66

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophthalmologiste**

Ancienne interne et attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني

لطب العيون 15-20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

**27/05/2019**

**NOTE D'HONORAIRES**

**Nom et prénom du patient**

**Mr IBRAHIMI MOHAMED**

**Montant des honoraires**

**1 200.00 Dhs**

**(MILLE DEUX CENTS DIRHAMS)**

**D. EL ALAOUI Saida**  
**Ophthalmologiste**  
207, Bd. ZERKTOUNI-CASABLANCA  
Tél: 05 22 94 91 66



www.cliniquerachidi.com 05 22 22 03 57: الفاكس

## CLINIQUE RACHIDI

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

27/05/2019  
14:50

Nom Patient : IBRAHIMI MOHAMED

Numéro dossier : 121993

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
27/05/2019	AIGUILLES MICROLANCE 30GBD (100)(1)	7	1,00	2.50	2.50
27/05/2019	AVASTIN 100mg/4ml INJECTA (01)	7	1,00	221.10	221.10
27/05/2019	BETADINE BLEUE 125 ml Solutio (01)	7	1,00	25.00	25.00
27/05/2019	COMPRESSES N/TMEDICOMP 7.5X7. (100)(1)	7	5,00	0.22	1.10
27/05/2019	FRAKIDEX 0.1 % PDE OPH (01)	7	1,00	20.80	20.80
27/05/2019	PANSEMENT P.M (001)	7	1,00	25.00	25.00
27/05/2019	SERINGUE 1CC INSULINE RR (100)(1)	7	1,00	1.50	1.50
27/05/2019	SERINGUE 5CC RR (100)(1)	7	2,00	1.50	3.00
Total pharmacie					300.00