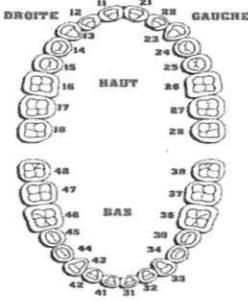
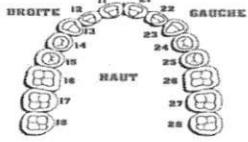
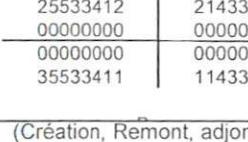
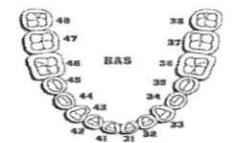
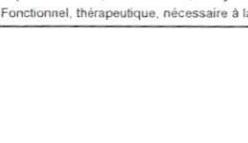


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 |
|--|--------|---|--|-------------|-------------------------|
|         | DROITE |   |  |             |                         |
|         | GAUCHE |   |  |             |                         |
|         | HAUT   |   |  |             |                         |
|         | BAS    |   |  |             |                         |
| Montant des soins  |        |   |  |             |                         |
| Début d'exécution  |        |   |  |             |                         |
| Fin d'exécution  |        |   |  |             |                         |
| O.D.F.<br>Prothèses dentaires  |        | Détermination du coefficient masticatoire         |  |             |                         |
|         | DROITE | 25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411      | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | H G         |                         |
|         | GAUCHE |   |  |             |                         |
|         | HAUT   |   |  |             |                         |
|         | BAS    |   |  |             |                         |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |        |   |  |             |                         |
| Montant des soins  |        |   |  |             |                         |
| Date du devis  |        |   |  |             |                         |
| Fin de   |        |   |  |             |                         |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis   |        | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution |  |             |                         |



W18-339982

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 8669

Nom & Prénom TAFFIK Hicham

Fonction Pilote AVION Phones 0673735897

Mail

Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent

10 JUIN 2019

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 08 mois Date 10 AVR 2019

Nature de la maladie

M. Abdesshukr

Date 1ère visite

C2

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

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
|------------------|---------------------|---------------------------------|

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 6 | 1 | 25000 |
|---|---|-------|

PHARMACIE Date 10/4/19

Montant de la facture

539,6



Signature de Dr. MAHALI

Spécialiste P. BANDAR

111 Rua Sidi Ali El BADA  
Q. des Hôpitaux Casablanca

10/05/2019 052864626/05286111

Dr. MAHALI

Signature de Dr. MAHALI

Spécialiste P. BANDAR

111 Rua Sidi Ali El BADA  
Q. des Hôpitaux Casablanca

10/05/2019 052864626/05286111

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------|---------------------------------|
|------------------------------|---------------------------------|

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

| Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--------|----|----|----|---------------------------------|
| AM     | PC | IM | IV |                                 |

CACHET

1 dose/ dosering/ Dosis (0,5 ml)  
1 seringue préremplie + 1 aiguille  
1 voor gevulde spuit + 1 naald  
1 Fertigspritze + 1 Kanüle/Nadel

The GSK logo, consisting of the letters 'gsk' in a white, lowercase, sans-serif font inside an orange oval.

Voie intramusculaire/ Voor intramusculair  
gebruik 76 GlaxoSmithKline Ma

ID : 613276 GlaxoSmithKline Ma  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 531,00 DH  
6 118001 142392

## Sur Rendez-vous

Synflorix

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.  
Rue de l'Institut 89 - B-1330 Rixensart  
Belgique/ België/ Belgien  
EU/1/09/508/003



الدكتور النها لحسن

لربيع

9

5

ص

PPV 8DH60  
PER 06/21  
LOT H1559

بـالـمـوـعـد

10 AVR 2019

Casablanca, le

TAWFIK M<sup>U</sup> ABDULKHANOV

531.00

8,60

0 sign for X

A blue circular logo with the letters 'SV' in the center.

SV

+ 3

Hd \* Lol -  
T. 539.6

~~Debby~~ ~~Dr~~ ~~NAHALAHcen~~  
Docteur ~~NAHALAHcen~~  
Spécialiste Pédiatre  
Rue Sebta R BANDAR  
Casablanca  
052/052/2861

Docteur NAIK  
Spécialiste Pédiatre  
111, Rue Sébta R BANDAR  
des Hôpitaux Casablanca  
Tél: 0524 26 06 28 6111

111, Rue Sebta Résidence «BANDAR» Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél. : 05 22 86 46 26 / 05 22 86 11 11 - Fax : 05 22 86 46 27