

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution



W18-369965

DATE DE DEPOT

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

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT** Mle 4919

Nom & Prénom KHALILAHIA Mustapha

Fonction : retraite Phones. 0633793955

Signature de l'adhérent *[Signature]*

Signature de l'adhérent *[Signature]*

Mail .....

Saisi 20/06/2019

**MEDECIN** Prénom du patient Mustapha

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 54 ans Date 18/06/19

Nature de la maladie Cystite Date 1ère visite .....

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>	<u>1</u>	<u>120,00</u>

**PHARMACIE** Date 18/06/19

Montant de la facture 26420

*[Pharmacy Stamp: Pharmacie de l'air Maroc, N.P.E. 0672...]*

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date : .....

Désignation des Coefficients .....

Montant détaillé des Honoraires .....

**MUPRAS CACHET**

**20 JUN. 2019**

**ACCUEIL**

**IAIRES MEDICAUX** Date .....

Nombre			Montant détaillé des Honoraires
PC	IM	IV	

**CACHET**

Dr. JADDAOUI Med Amine  
Diplômé de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Casablanca  
Ex Médecin interne au CHU Ibn Rochd  
Ex Médecin généraliste dans le groupe OCP



الدركتور محمد أمين  
خريج كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد  
طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

Berrechid, le : ..... في : برشيد،

KAMALLAHSA Mustapha

1) Alcocip 600 cp

8000 x 2

1-0-1 dent 10j

2)

Remox 20 cp eff

4170

0-1-0 dent 10j

3)

Mispar cp

6250

1-1-1

264,20

DR. JADDAOUI MED AMINE  
MEDECIN GENERALISTE OCP CASABLANCA  
88, RUE EL MADINA - BERRECHID  
Tel: 05 22 32 44 88

Pharmacie de MEDINE  
N°86 Rue de Medine - Berrechid  
Tel: 05 22 32 33 71 33  
INPE: 062020771

h.i  
LOT: 085  
PER: JUN 2021  
PPV: 80 DH 00

LOT: 087  
PER: NOV 2021  
PPV: 80 DH 00

NEOCIP 500 mg  
10 comprimés pelliculés  
6 118000 050308

NEOCIP 500 mg  
10 comprimés pelliculés  
6 118000 050308

LOT 190695  
EXP 03/21  
PPV 62.50  
**62,50**

Urispas® 200 mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 020653

منعمال : المرجو القراءة التفصيلية بالمعجل.  
في اى حالة حدوث مشاكل مرتبطة بكيفية  
الاستعمال.  
LOT: 18N073 EXP: 11/21  
PPV: 41DH70

Rémox® 20 mg  
10 comprimés dispersibles  
6 118000 070764

Pharmacie de MEDINE  
Dr. JAI Yasmîna  
N°86 Rue de Médine - Berrechid  
Téléphone: 062020771  
Fax: 0522 33 71 33