

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										
				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> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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 4917	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		KHALILAHIA Mustapha	
Fonction : retraite		Phones. 0633793355	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient Mustapha	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 54 ans	Date 18/06/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Cyste			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C	1	120,00	
PHARMACIE		Date 18/06/19	
Montant de la facture		26420	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
		MUPRAS CACHET	
		20 JUN. 2019	
IAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
PC	IM	IV	CACHET

Saisi 20/06/2019

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



الطبيب محمد أمين
خريج كلية الطب والصيدلة

بالمدر البيضاء

طبيب داخلي سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد
طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

برشيد، في : Berrechid, le :

KAHALLAHA Mustapha

1) Alcocip 600 cp

8000x2 1-0-1 dent 10j

2) Remox 20 cp off

4170 0-1-0 dent 10j

3) Mispar cp

6250 1-1-1

264,20

88, Rue Elmadina - Berrechid برشيد

Tél.: 05 22 32 44 88 / Gsm : 06 75 37 93 62

Pharmacie de MEDINE
Dr. J. Al Yasmine
N°86 Rue de Medine - Berrechid
Tél.: 05 22 32 44 88
N°PE: 0620207171

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 03/23
PPV 62.50

62,50

Urispas® 200 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 020653

منعهمال : المرجو القراءة للتسمية والمعايير
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 Yasmine
N°86 Rue de Médine - Berrechid
Tél: 0522 33 71 33
Fax: 062020771