

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature<br>des soins | Coefficient            |                                    |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|--------------------------|
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                        | <b>Coefficient<br/>des travaux</b> |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                        | <b>Montant des soins</b>           |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                        | <b>Début d'exécution</b>           |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                        | <b>Fin d'exécution</b>             |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
| <b>O.D.F.</b><br><b>Prothèses dentaires</b><br>                                          | Détermination du coefficient<br>masticatoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                        | <b>Coefficient<br/>des travaux</b> |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|                                                                                          | <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>00000000</td> <td>00000000</td> <td>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 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |  |  | <b>Montant des soins</b> |
|                                                                                          | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     | G                      |                                    |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|                                                                                          | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552            | 00000000               | 00000000                           |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
| 00000000                                                                                 | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            | 00000000               |                                    |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
| 35533411                                                                                 | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                        |                                    |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | <b>Date du devis</b>   |                                    |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | <b>Fin d'exécution</b> |                                    |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                          |

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution



P 17 / 0060652

DATE DE DEPOT

/ / 201

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                        |                                   |                                            | Mle 4969                        | Signature de<br>                |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Nom & Prénom FAHAT Mohamed                      |                                   |                                            |                                 |                                 |
| Fonction Technicien Avion                       |                                   |                                            | Phones 0666046687               |                                 |
| Mail mfaham@royalairmaroc.com                   |                                   |                                            |                                 |                                 |
| MEDECIN                                         | Prénom du patient Khaoula         |                                            |                                 |                                 |
| Adhérent <input type="checkbox"/>               | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input checked="" type="checkbox"/> | Age                             | Date 21.5.2019                  |
| Nature de la maladie                            |                                   |                                            | Date de la visite               |                                 |
| S'agit-il d'un accident Causes et circonstances |                                   |                                            | Date de la visite               |                                 |
| Nature des actes                                |                                   |                                            | Nbre de Coefficient             | Montant détaillé des Honoraires |
| C2                                              |                                   |                                            |                                 | 280                             |
| PHARMACIE                                       | Date 21-5-2019                    |                                            |                                 |                                 |
| Montant de la facture                           |                                   |                                            | 1082,50                         |                                 |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                        |                                   |                                            | Date                            |                                 |
| Désignation des Coefficients                    |                                   |                                            | Montant détaillé des Honoraires |                                 |
|                                                 |                                   |                                            |                                 |                                 |
| AUXILIAIRES MEDICAUX                            |                                   |                                            | Date                            |                                 |
| Nombre                                          |                                   |                                            | Montant détaillé des Honoraires |                                 |
| AM                                              | PC                                | IM                                         | IV                              |                                 |
|                                                 |                                   |                                            |                                 |                                 |

CACHET

CACHET

# Dr Ahlam ASRIRI

Spécialiste en Dermatologie  
Vénérologie

Cosmétologie, Greffe de cheveux

Laser

Plasma Riche en Plaquettes

Ulthérapie

Blépharoplaste médicale - Plasma jett

Cryolipolyse

Chirurgie Dermatologique

Cicatrices et tâches Pigmentaires

Dermatologie Pédiatrique

# الدكتورة أحلام أسيري

طبيبة اختصاصية في أمراض الجلد  
الشعر والأظافر

طب التجميل، زرع الشعر

إزالة الشعر، الندوب و الأوشام بالليزر

العلاج بالبلازما

إزالة البقع السوداء

شد الوجه

شد الجفون

إزالة الدهون بالتجه

أمراض الجلد وحساسية الأعضاء

الأمراض التناسلية

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Curacne 20mg cap molle b30  
P.P.V : 344,00 DH



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Curacne 20mg cap molle b30  
P.P.V : 344,00 DH



Le:

21/05/2019  
Fahem Khrouja

344,00x2

1/ Curacne 20 (N2)

1 gel 30g

73,50

2/ For Lox Long Sachet

73,80x2

1 sachet 20g

3/ I xor 20 (N2)

1 gel

maphar  
Zi Zenata, Ain Sebaa, Casablanca, Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V : 73.50 DH  
6118001181193

IXOR 20 mg 14 comprimés effervescents  
LOT 85048 2  
EXP 09/2020  
PPV 73DH80

IXOR 20 mg 14 comprimés effervescents  
PPV 73DH80  
EXP 11/2019  
LOT 70019 3

179, Bd Reda Gdira (ex. Nil)  
2ème étage - Casa

179, شارع رضی اكديرة ( النيل سابقا )  
فوق صيدلية أدبية - البيضاء

E-mail : ahlamasriri@yahoo.com

Tél.: 05 22 56 20 13 - Gsm : 06 62 15 92 16



45,90 x 2

1/1 Mycoster Creme Noz

52,10

1-opp ady

2/ Dione cp

1 cpj

30,90

3/ Phosphon cp

1-opp ady

1082,50

LOT : 8MA090V  
PER: 04 2021

MYCOSTER 1%  
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



LOT : 8MA093  
PER: 08 2021

MYCOSTER 1%  
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



LOT N°:

EXP:

PPV:

LOT 40052  
EXP 02/201  
PPV 30DH90