

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	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>	
		DROITE 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 21 22 23 24 25 26 27 28 GAUCHE	H 25533412 00000000 00000000 35533411 G	21433552 00000000 00000000 11433553	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT		NOM :	Mme
DECLARATION N°		P 14 / 54876	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	684,80 Dh		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 8320	DATE DE DEPOT 28/06/2019
Nom & Prénom		SAAD Abdellaziz	
Fonction	CDB	Phones	0661068545
Mail		ASAAD.e.Royalairmaroc.com	
MEDECIN		Prénom du patient SAAD Hind	
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date 16/05/2019	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Traumatisme d'orteil.</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>S</i>			300
PHARMACIE		Date 16/05/19	Montant de la facture INP 84,00
			<i>Pharmacie Oued EL Makhazine Mohamed Amine BENNANI 16/05/2019 0522527017 Docteur Amine Benhannan en Pharmacie El Makhazine Al Aïn Chott - Casablanca banian dr@gmail.com</i>
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 16/05/19	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<i>Uro goutte</i>		300	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

DIFAL®
Diclofenac sodique 25 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 24,80 DH
6118000190332

LOT : M0285
EXP : SEP 2021
PPV : 60,00 DH

Le 16/01/2019.

Sous forme:

1. Difal - 2 mg. (✓)
24,80 - 1 mg x 3 j x 5 j

2. Voltaren gel -
6000 - 1 cap. x 2 j x 3 j
84,80

Pharmacie Oued EL Makhazine
Mohamed Amine BENNAJI
Docteur en Pharmacie
1, Lot Oued EL Makhazine - Casablanca
Tél : 05 22 29 00 07 - E-mail : bennaji.drf@gmail.com

Professeur MERINI M-F
Chirurgien Pédiatre
Cabinet 21, Rue Pasteur - Hôpital Institut Pasteur
Place Charles Nicolle
Bd Abdelmoumen - Casablanca - Tél : 0522 29 69 16
Fax : 05 22 29 69 35



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Le 16/05/19

SADDI KIND

Rx Dr. Sint F + L.

Pos de lait en stérile
ou anti-ulcérée



Professeur MERIMDI M.F.
Cabinet 21, Rue Abderrahim Bouabid
Bd Abdelmoumen - Casablanca - Tel: 0522.231.818
Fax: 0522.235.073 - 0522.235.028

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : 3648 / 2019 du 25/05/2019

Nom patient SAAD HIND Entrée 16/05/2019
PAYANT Sortie 16/05/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO F+P	1,00		300,00	300,00
Sous-Total				300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabdi
Oasis - CASABLANCA
Tél : 0522 23 18 18 / Fax : 0622 23 50 28