

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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins	
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de																						
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						



W15-046056

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 459	Signature
Nom & Prénom		NEUIDA HAMID	
Fonction : Retraité	Phones	06 52 82 07 95	
Mail		Ramidine@meurac.ma	
MEDECIN		Prénom du patient HAMID NEUIDA	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 27/06/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2			C
PHARMACIE		Date 27/06/19	
Montant de la facture		1621,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signature et cachet du praticien
Najib CARTI
DENTISTE - CARDIOLOGUE - PHARMACOLOGUE
Cabinet de Cardiologie et de Pharmacie
Place Bandoeng - Casablanca
Tél : 06 22 30 42 28



Cardiologie Val d'Anfa

URGENTES
24/24

05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI
Cardiologue - Rythmologue
Pace Maker
Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire

Traitement des troubles du rythme
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler.Couleur
Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique
Diplômé de la faculté de médecine
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous
Gsm : 0661 24 30 06

Casablanca, le

27/6/19

Mr (Mme)

N: NGIDA HAMID

Distribué par Roche S.A.
Id. Sidi Med Ben Abdellah
Boite 05, Casablanca Marina
RECORMON 3 000 UI/0,3 ml 6 PFS
P.P.V. : 1 621,00 DH
6 118001 050369

1621,00

RECOMON 3000, 1 mg 5/6 / 10mg
GRANDE PHARMACIE DU MAROC
Mme. DEBBAGH BENNIS Naïma
Place Bandoeng - Casablanca
Tél : 05 22 30 42 28

1 mg

CVA
Dr. Najib GARTI
CARDIOLOGUE - RYTHMOLOGUE
19, Bd. Franklin Roosevelt (Ex. Bd. Mly. Rachid) - Casa
Tél : 05 22 36 09 09 - GSM : 06 61 24 30 06

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa

Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.com