

# 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<br>Traitées   | Nature<br>des soins   | Coefficient                                    |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|   |   |   |  | <b>Coefficient des travaux</b><br><input type="text"/> |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |   |  | <b>Montant des soins</b><br><input type="text"/>       |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |   |  | <b>Début d'exécution</b><br><input type="text"/>       |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |   |  | <b>Fin d'exécution</b><br><input type="text"/>         |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
| <b>O.D.F.</b><br><b>Prothèses dentaires</b><br>   | <b>Détermination du coefficient masticatoire</b>  |   |  | <b>Coefficient des travaux</b><br><input type="text"/> |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | <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> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table> |   | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | G |  |  | <b>Montant des soins</b><br><input type="text"/> |
|   | H   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 25533412  | 21433552  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
| 00000000  | 00000000  |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
| D   |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
| 00000000  | 00000000  |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
| 35533411  | 11433553  |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
| G   |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
| <b>(Création, Remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |   |   | <b>Date du devis</b><br><input type="text"/>   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |   | <b>Fin d'exécution</b><br><input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |
| <b>Visa et cachet du praticien</b><br>attestant le devis  |   | <b>Visa et cachet du praticien</b><br>attestant l'exécution |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |  |



P 17/0058833

DATE DE DEPOT

/ / 201

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |                                   | Mle 2054                                   | Signature de l'adhérent<br> |
|---|-----------------------------------|--|-----------------------------|
| Nom & Prénom                                      |                                   | DEBBAGH MOHAMED                            |                             |
| Fonction  | RETRAITÉ                          | Phones 06 11 77 44 77                      |                             |
| Mail  |                                   |  |                             |
| MEDECIN   | Prénom du patient                 |  | DEBBAGH YASMINE             |
| Adhérent <input type="checkbox"/>                 | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input checked="" type="checkbox"/> | Age                         |
| Nature de la maladie                              |                                   | Date 15-6-2019                             |                             |
| Acné + épigastalgies                              |                                   | Date 1ère visite                           |                             |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |                                   |  |                             |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient               | Montant détaillé des honoraires            |                             |
| Consultation C. G. G. G.                          | 1                                 | 552,50                                     |                             |
| PHARMACIE   | Date 15/06/2019                   |  |                             |
| Montant de la facture                             |                                   |  |                             |
| 552,50  |                                   |  |                             |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                          |                                   | Date                                       |                             |
| Désignation des Coefficients                      | Montant détaillé des Honoraires   |  |                             |
| CACHET<br>15 JUIN 2019<br>10h 30                  |                                   |  |                             |
| AUXILIAIRES MEDICAUX                              |                                   | Date                                       |                             |
| Nombre  |                                   | Montant détaillé des Honoraires            |                             |
| AM  | PC                                | IM   | IV                          |
|   |                                   |  |                             |
| CACHET  |                                   |  |                             |

# Docteur Sabah CHNIBER

Epouse KANDRI RODY

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

MÉDECINE GÉNÉRALE

ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

Dépistage et prévention en gynécologie

Spécialiste en Médecine du Travail

Diplômée de la Faculté de Médecine de  
Montpellier et de Rennes

الدكتورة صباح شنيبر

زوجة كندري رودي

خبيرة محلفة لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالموجات فوق الصوتية

التشخيص والوقاية من أمراض النساء

اختصاصية في الطب المهني

خريجة كلية الطب بـمونبـوليـي وريـنس بـفرانـسا

PHARMACIE NARJIS  
141, Bd. Yacoub El Mansouri  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 25 00 7405 22 99 39

Marrakech, le 15-6-2020

Jelle Yasmine Debbagh.

32,00  
Clante

LOT : 9897

UT. AV : 10 - 20

P. P.V : 32 DH 00

Androcur 50 mg/ 20 cps

Acétate de cyprotérone

P.P.V. : 201,00 DH

Bayer S.A.



Androcur 50 mg/ 20 cps

Acétate de cyprotérone

P.P.V. : 194,30 DH

Bayer S.A.



LOT : 147

PER : JAN 2020

PPV : 85 DH 00

85,00  
37 Alzol 20mg

13,40 x 3  
4,40 x 20

552,50

DR. SABAH CHNIBER  
Azzouzia Porte de Targa  
Groupe G N°2 Marrakech

LOT 180428

EXP 03/2020

PPV 13.40 DH

LOT 180428

EXP 03/2020

PPV 13.40 DH

LOT 181078

EXP 06/2020

PPV 13.40 DH

مجموعة ج رقم 2 - مراكش - قرب المحطة الطرقية الجديدة - الهاتف : +212 5 24 20 07 68

Azzouzia porte Targa Groupe G N°2, à côté de Nouvelle Gare routière - Marrakech - Tél :