

# 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																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																			
	<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				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	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



W18-363204

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12542	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BAOUCHI Khalid			
Fonction : OPL	Phones : 0645018932		
Mail : kbaouchi@royalairmaroc.com			
MEDECIN		Prénom du patient BAOUCHI IYAD	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 5ans	Date 17 JUIN 2019	Date 1ère visite
Nature de la maladie affection OPL			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes C3	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 300,00	
PHARMACIE		Date 12/06/19	
Montant de la facture 174.40			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signature de Mustapha Essaadi  
 Professeur d'Orl et Chirurgie  
 Otorhinolaryngologie  
 26714, 36000, 36000, 36000  
 Tél: 05 22 55 50 51 - Fax: 05 22 86 59 44

MUPRAS  
 18 JUL 2019  
 ACCUEIL

Docteur Mustapha ESSAADI

الدكتور المصطفى السعدي

- Professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
- Ex enseignant de la Faculté de Médecine et du CHU Ibn Rochd
- Ex Chef de Service des Urgences à L'hôpital 20 Août
- Diplômé de L'allergie en ORL Pédiatrique, Vertiges
- Formation approfondie en : Ronflement et Cancérologie
- Diplômé des Universités de Paris et Toulouse
- Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا  
رئيس قسم المستعجلات بمستشفى 20 غشت سابق  
اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة  
حاصل على شهادات في أمراض الحساسية والدوخة  
تشخيص وعلاج الصمم عند الطفل، فقدان التوازن، الشخير والسرطان  
حاصل على شهادات من جامعات باريس وتولوز بفرنسا  
طبيب سابق بالمستشفيات الجامعية بباريس

Casablanca, le :

12 JUN 2019

الدار البيضاء في :

CLAVULIN  
100 mg/12,5 mg/ml  
poudre suspension buvable, 60ml



6 118000 160526

CLAVULIN  
100 mg/12,5 mg/ml  
poudre suspension buvable, 60ml



6 118000 160526

Céléstène® 0,05 %  
solution buvable



6 118000 050759

صيدلية الطنج  
PHARMACIE ALJ  
ALJ Md Abdelmoumen  
179, Bd Abdelmoumen, Casa

Dr. Mustapha  
Professeur d'ORL  
Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale  
267, Bd Abdelmoumen  
Tél.: 05 22 86 50 51

261, شارع عبد المومن . إقامة الأمل . عمارة رقم 16 , الطابق الثالث . الدار البيضاء : قرب صيدلية لعلج  
و مقابل متجر DÉCATHLON . درب غلف و CITY CLUB . الترامواي : أمام محطة عبد المومن

261, Bd Abdelmoumen - Résidence Al Amal, Imm B, N°16, 3ème étage - Casablanca à côté de pharmacie Laalaj  
en face Derb Ghallef CITY CLUB et DECATHLON - Tramway : devant la station Abdelmoumen  
Tél.: 0522 86 50 51 - Fax : 05 22 86 59 44 E-mail : essaadimuror63@gmail.com