

# 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																				
<b>O.D.F.</b> 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



W18-356886

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	5018											
Nom & Prénom <u>M. SAROUTI Houda</u>														
Fonction : .....	Phones <u>06.62.25.02.99</u>													
Mail <u>abdesarouti@gmail.com</u>														
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <u>Sarouti Houda</u>												
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>32 ans</u>	Date <u>08/07/2019</u>												
Nature de la maladie <u>Acarié</u>		Date 1ère visite												
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances														
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires												
<u>Cabille</u>		<u>185,20</u>												
<b>PHARMACIE</b>		Date <u>08/07/2019</u>												
Montant de la facture <u>185,20</u>														
<u>PHARMACIE CHIFA</u> <u>M. TAHIRI HASSANI</u> <u>10 Ave. Afghanistan</u> <u>Hay Hassani - Casablanca</u> <u>tel: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 01</u>		<b>REVEAL SARL</b> <b>PHARMACIE CHIFA</b> <b>M. TAHIRI HASSANI</b> <b>10 Ave. Afghanistan</b> <b>Hay Hassani - Casablanca</b> <b>TEL: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 01</b>												
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....												
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires													
<b>LIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre			Montant détaillé des Honoraires	PC	IM	IV						
Nombre			Montant détaillé des Honoraires											
PC	IM	IV												

Dr. Abdelnaja SEDDIKI

NEUROCHIRURGIEN

Maladies et Chirurgie du Cerveau Crâne,  
Colonne vertébrale (Enfant et Adulte)

Ex. Neurochirurgien Attaché  
à l'Hôpital des Spécialités de Rabat  
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Electro-encephalographie



الدكتور عبد الحفيظ الصديقي

أمراض وجراحة الدماغ، الجمجمة،  
العمود الفقري، (الطفل والبالغ)

طبيب ملحق سابقا بمستشفى  
الاختصاصات بالرباط

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

التخطيط الكهربائي للدماغ

Casablanca, le: 08/7/79 في: الدار البيضاء،

M. Savanti Hassan 92.60 }

Inexium 20 92.60 }

14/3/79

REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFA  
M. TAHIRI HASSANI  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

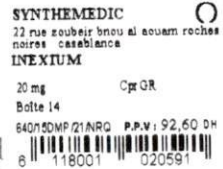


Dr. Abdelnaja SEDDIKI  
NEUROCHIRURGIEN  
Quartier  
3, Rue Calavon, Rés. Al Karam,  
des Hôpitaux, Casablanca  
RDC - Casablanca  
Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04



185.20

REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFA  
M. TAHIRI HASSANI  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04



حي المستشفيات اقامة الكرم II, 3 زنقة كلافون شقة 4، الطابق السفلي، الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 48 38 79

Quartier des hôpitaux, Rés. Al Karam II, 3 rue Calavon, Appt 4 (RDC), Casablanca - Tél.: 05 22 48 38 79