

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

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
35533411	11433553									
(Création, Remont, adjonction)										
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession										

--	--

VOLET ADHERENT	NOM : KSIKES	Mle 12308
DECLARATION N°	W19-406470	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	#500,00#	
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		



W19-406470

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12308
Nom & Prénom KSIKES Abderrachman		
Fonction : OPL	Phones 0661234287	
Mail abder00@hotmail.com		

MEDECIN	Prénom du patient
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 08.10.18
Nature de la maladie CC4	Date 16.09.2019
Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes C	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 300,00

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 25/07/19
Désignation des Coefficients 2A8	Montant détaillé des Honoraires 200,00 Mh	

AUXILIAIRES MEDICAUX					Date
Nombre					Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV		



CENTRE DE RADIOLOGIE
10, Bd BRUNOUDAN
25223-90
Tél : 05 22 23 50 51
e-mail : r.roudan@hotmail.fr

Docteur Abdeslam KHAIROUNI

Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant

Professeur de Chirurgie Infantile

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Service de l'Hôpital Delafontaine

Membre de la Société Française

d'Orthopédie Pédiatrique

الدكتور عبد السلام خيروني
أستاذ في جراحة الأطفال

خريج جامعة باريس

رئيس قسم جراحة الأطفال سابقا

عضو الشركة الفرنسية

لجراحة عظام الأطفال

Casablanca le 16 MAI 2019

Ksibes Aya

1/ Radio Sacrum & fac
lun culotte

2/ Musc.

CENTRE DE RADIOLOGIE
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
ROUDANI
Tél: 05 22 25 13 05 / 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 00
05 22 25 13 07 / 05 22 25 13 00
e-mail: r.roudani@hotmail.fr

Abdeslam KHAIROUNI
Chirurgie et Orthopédie
de l'enfant
34, Rue Charam Achaykh Q. Palmier - Casablanca
GSM: 06 10 26 05 94 / 05 22 25 50 56

34, زنقة شرم الشيخ - حي النخيل - الدار البيضاء

34, rue Charam Achaykh • Quartier Palmier • Casablanca • RDV ☎ 06 69 97 11 16 - 05 22 25 50 56/75

06 10 26 05 94 • E-mail: akhairouni@yahoo.fr



مرکز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 25/07/2019

FACTURE N° : FA:00 7594/19
Nom : KSIKES AYA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 200,00 Dhs

DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

BASSIN DE FACE 200,00 Dhs

Total de : 200,00 Dhs

Mode de règlement : *EST*

ATTIJARI WAFABANK /00778000035790000001534

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
Tél: 0522 23 22 96 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96
0522 25 13 02 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 25/07/2019

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalise(s)

KSIKES AYA
DR KHAIROUNI ABDESLAM
BASSIN DE FACE

COMPTE RENDU

Le bassin est radiologiquement normal avec en particulier des hanches non dysplasiques. En effet :

- Les talus sont bien dessinés.
- Les cotyles sont bien creusés.
- Et les noyaux céphaliques fémoraux sont en début de minéralisation, en place dans les quadrants inféro-internes de la construction d'Ombredanne.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. W. MSEFER FAROUQI

(Signature and official stamp of Dr. W. MSEFER FAROUQI, Centre de Radiodiagnostic Roudani, Casablanca)