

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
DROITE	GAUCHE				<b>Coefficient des travaux</b>
11 12 13 14 15 16 17 18	22 23 24 25 26 27 28				<b>Montant des soins</b>
HAUT					<b>Début d'exécution</b>
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32	38 37 36 35 34				<b>Fin d'exécution</b>
BAS	33				
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
DROITE	GAUCHE	H			<b>Montant des soins</b>
12 13 14 15 16 17 18	22 23 24 25 26 27 28	25533412 00000000	21433552 00000000		<b>Date du devis</b>
HAUT		D			
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32	38 37 36 35 34	00000000 35533411	00000000 11433553		<b>Fin d'exécution</b>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
		12 SEP. 2019			
Signature et cachet du praticien		Signature et cachet du praticien attestant le devis			attestant l'exécution

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9399	
Nom & Prénom AFAKHIRI HICHAM			
Fonction CDB	Phones 0661109669		
Mail HAFAKHIRI@royalairmaroc.com			
MEDECIN	Prénom du patient AFAKHIRI LINA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 24/06/2015
Nature de la maladie		Date 06/09/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
			600
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
Signature et cachet de Pharmacien			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients 		Montant détaillé des Honoraires 200	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



مصحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

le 6/7/19.

AFAKHIZI LINA

93,40

ccr susuf.

100 ml + hy 2x h x 18.

lue.

9 bouffées. 161 x 2-31

1 Bat 2-31

2x h x 21

c susuf

ccr 11

2x h x 21

GSK  
GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aoudia  
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

01

31,90

S DR S. LADOU  
him. Butabio (ex. Difradol)  
35.079 - Prix : 0522.235.028

Lot:  
À consommer  
avant le:

PPC: 79,50 DH

190174  
03/2022



مصحة أطفال

**CLINIQUE ATFAL**

le 6/7/119.

A FAKTIZI UNA

Rx poumons Face :  
(Toux chronique)

Image Radiologique

normale : pas de  
lager pulmonaire.

DR. S. LAHLOU EL ABBAJ  
Pediatree  
15, Avenue Hassan II - Casablanca  
Tel.: 0522.231.818 / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028 - E-mail : atfalclinique@gmail.com



مصحة أطفال  
**CLINIQUE ATFAL**

**Note d'honoraires**

Nom et prénom :

Afakhi lina

Diagnostic :

Intervention :

C4

Cotation :

Honoraires :

hoo

Casablanca, le

06/07/19

Signé :

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL

50, Bd Abderrahim Bouabid

Oasis - CASABLANCA

Tel : 0522.23.18.18 / FAX : 0522.23.50.28

50, Bd. Abderrahim Bouabid, (ex. Djérada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

E-mail : atfal@menara.ma

# CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS  
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28  
IF 01087099

## FACTURE

N° : 4713 / 2019 du 06/07/2019

Nom patient AFAKHRI LINA Entrée 06/07/2019  
PAYANT Sortie 06/07/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO	1,00 Z		200,00	200,00
Sous-Total				200,00
Total Clinique				200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	200,00
DEUX CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL  
50, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél. 022 23 18 18 / fax : 022 23 50 28