

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 travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. 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>00000000</td> <td>21433552</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	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Visa et cachet du praticien attestant le devis </div> <div> Visa et cachet du praticien attestant l'exécution </div> </div>																				



P 14/0036684

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9399	Signature de l'Adhérent
Nom & Prénom		AFAKHRI HICHAM	
Fonction	COB	Phones 0661109669	
Mail		HAFAKHRI@royalairmaroc.com	
MEDECIN	Prénom du patient		AFAKHRI 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		Date 1ère visite	
Nature des actes CS			
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et Cachet du Praticien DR S. ALLOUET NABHAL Pediatre 15 Avenue Hassan II - Casablanca Tel : 05 22 27 97 88	
PHARMACIE	Date	Signature et Cachet du Pharmacien X	
Montant de la facture	V		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CLINIQUE PEDIATRIQUE ATAF 50 Bd de l'Atlantique 20700 S. P. L. 2015 Tél : 05 22 27 97 88
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	200	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

le 07/11/19.

AFAKHIZI LINA

93,40

le 07/11/19.

2xh x 18

une.

9 bouffées. / 4h x 7-8h

/ 1h 7-8h

2h x 2h

c suof

un 1h

2h x 2h

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

31,90

DR. S. LAROU
ped
him Bouabd (ex. D. Larou)
35.073 - Fax: 0539.235.028

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

190174
03/2022



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

le 6/7/19.

A FAKETIZI LENA

Rx poumons Face.
(Toux chronique)

Image Radiologique
normale : pas de
légère pulmonaire.

DR. S. LAHLOU EL KABBAL
Pédiatre
15, Avenue Hassan II - Casablanca
Tel : 05 22 23 90 88



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Note d'honoraires

Nom et prénom : Afakhi Lina

Diagnostic :

Intervention : Cu

Cotation :

Honoraires : hoo

Casablanca, le 06/07/19

Signé :

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA

50, Bd. Abderrahim Bouabid, (ex Djerada) - 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

F A C T U R E

N° : 4713 / 2019 du 06/07/2019

Nom patient **AFAKHRI LINA**
PAYANT

Entrée 06/07/2019
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 :

DEUX CENTS DIRHAMS

Total 200,00

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