

## 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	Coefficient des													
			Consultation	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
					<b>Montant des soins</b>	<input type="text"/>												
					<b>Gratuit</b>													
					<b>Début d'exécution</b>	<input type="text"/>												
					<b>28/03/19</b>													
					<b>Fin d'exécution</b>	<input type="text"/>												
					<b>Coefficient des travaux</b>	<input type="text"/>												
					<b>Montant des soins</b>	<input type="text"/>												
					<b>Date du devis</b>	<input type="text"/>												
					<b>Fin de</b>	<input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																
VOLET ADHERENT		NOM : <input type="text"/>				Mme <input type="text"/>												
DECLARATION N°		W18-395380																
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes														
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>																		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																		



W18-395380

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

95 98

Signature de  
l'adhérent  
Signature de  
l'adhérent

Nom & Prénom

Fonction  Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age  Date

Date 1ère visite

Nature de la maladie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre	Montant détaillé des Honoraires			
AM <input type="text"/>	PC <input type="text"/>	IM <input type="text"/>	IV <input type="text"/>	<input type="text"/>

Centre de Radiologie El Gulta  
Bd. Oum Rabih - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tel: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 56 37

CACHET



Diplôme de la faculté de médecine dentaire de Casablanca  
Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne (France)  
Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا  
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

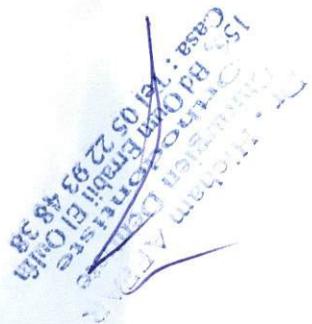
## ORDONNANCE

Casablanca, le 28/03/2019

Mr. ABDELLAZIZ FLAYOU

Rx panoramique

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabi - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05.22.93.04.93 - Fax: 05.22.93.38.38



# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 28/03/2019

## FACTURE N°04709/2019

NOM & PRENOM: FLAYOU ABDELLAZIZ

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE DENTAIRE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC



Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca

Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00

Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057

E-mail: radiologie-oulfa@.com

**Docteur Fatiha LASRI  
Médecin Radiologue**

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité – Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner – Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

**Dr Bouchaïb EL MDARI  
Médecin Radiologue**

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité – Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 28/03/2019

PATIENT : **FLAYOU ABDELLAZIZ**  
MEDECIN TRAITANT : **DR. AFFAR Hicham**  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX. PANORAMIQUE DENTAIRE**

- Dentition incomplète.
- Soins dentaires multiples.
- Pointe d'alvéolyse en regard de la racine de 36.
- Racine de 48 se projettent sur le canal mandibulaire.
- Procidence du fond des sinus maxillaires.
- Les ATM sont d'aspect normal.

*Confraternellement*  
**DR. SANDI SALMA**

I.S

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05.22.93.04.93 - Fax 05.22.93.56.37