

W18-381837

DATE DE DEPOT

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

IR PAR L'ADHERENT

Mle

om

Phones

N

Prénom du patient

Conjoint

Enfant

Age

Date

Maladie

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

AM

PC

IM

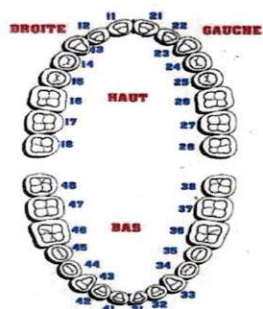
IV

Montant détaillé des Honoraires

O.D.F.

Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



D

25533412  
00000000  
00000000  
35533411

H

21433552  
00000000  
00000000  
11433553

G

Montant des soins

Coefficient des travaux

Date du devis

Fin de

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

DECLARATION N°

W18-381837

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

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



# 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
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin de



W18-381838

DATE DE DEPOT

15/04/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 6602

Nom & Prénom SABANE Omer

Fonction : R Phones : 67523531

Mail Lot Haj Faleh n: 67523531

MEDECIN

Prénom du patient Quady Baoucha

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age 87 ans Date

Nature de la maladie Date 1ère visite

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : 28/04/2019

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

ES MEDICAUX

Date :

Nombre			Montant détaillé des Honoraires
PC	IM	IV	



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



14/02/2019  
وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

Don One Doudli

2 x 1000 (for)  
a large

Dr. BELMAMANI Khalid  
Spécialiste en  
4, Rue S... Casablanca  
Tél. ...

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd  
Dr. Youssef Essafi  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue



15116918

# GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

## SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

## Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani  
Dr. H. Bengelloun  
Dr. Z. Tazi chaoui

28/02/2019

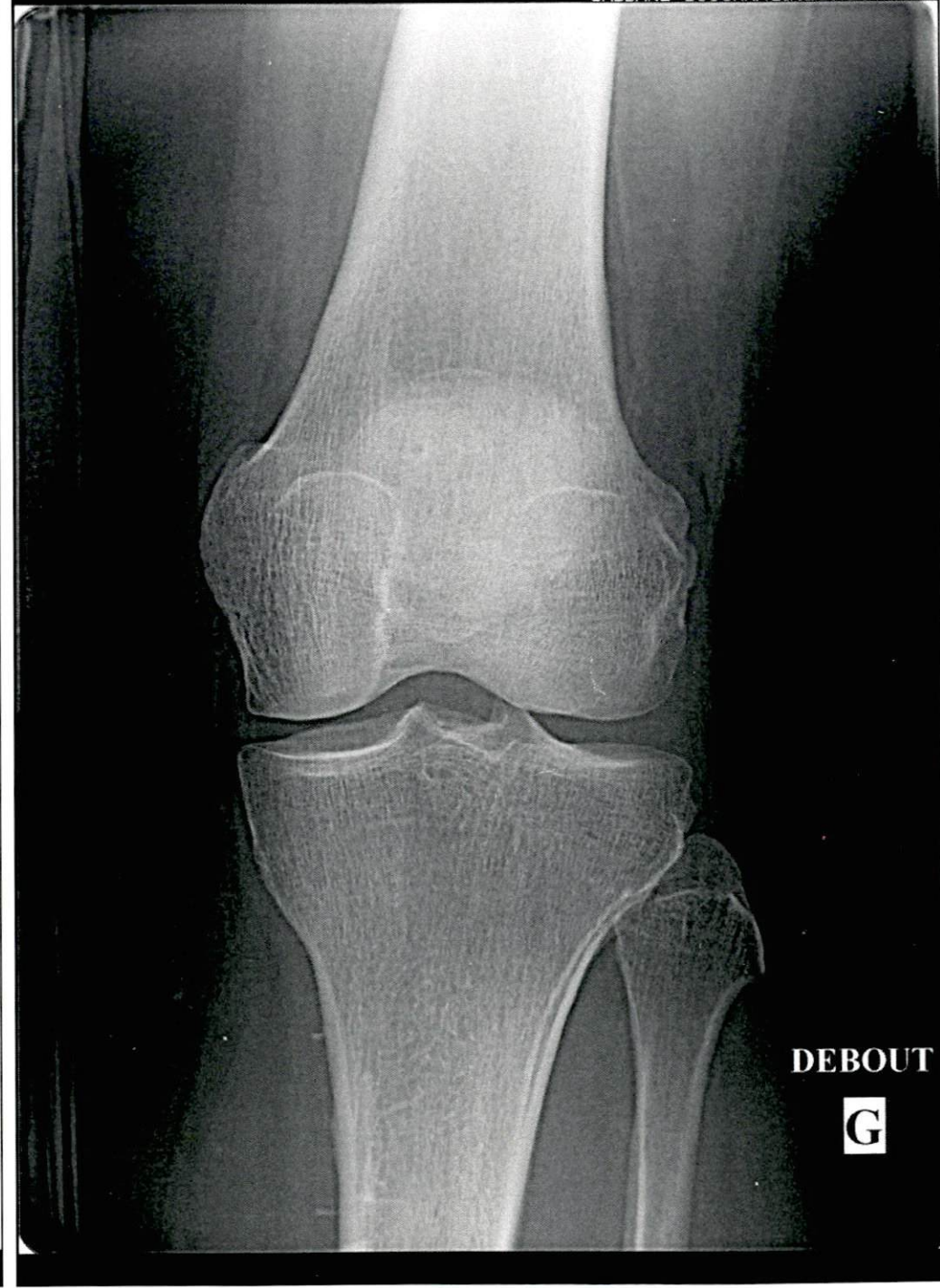
PATIENT **SABBANE BOUCHRA**  
MEDECIN TRAITANT **ESSAFI YOUSSEF**

### RX DES DEUX GENOUX DE FACE :

Interlignes articulaires conservas.  
Structure osseuse normale.  
Pas d'anomalie des parties molles.

Dr. **K. BELYAMANI**  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tél : 022.39.07.07





GRUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOU

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 28/02/2019

**Reçu N° 190228008**

M ou Mme : **SABBANE BOUCHRA**

Examen(s) demandé(s) :

**GENOUX FACE**

Soit un montant total de : **300.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

**TROIS CENTS DIRHAMS**

Dr. BELYAMANI Khalid  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tel : 022 39 07 07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07

Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923