

## 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																	
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux	Montant des soins	Date du devis	Fin d'exécution																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553					
	H																							
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
D		G																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(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



P 17 / 0062303

DATE DE DEPOT

12/04/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle ROO 22	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			EL HADDAD M. BAREK	
Fonction		Retraité	Phones 0664591433	
Mail			secteur 4B Rue ELAZHAR N°247 Salé	
MEDECIN		Prénom du patient EL HADDAD M. BAREK		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 1985		Date 04 MARS 2019
Nature de la maladie		g h l e s		Date 1ère visite 2019
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C3			300 dh	
PHARMACIE		Date 04/03/19		
Montant de la facture		1327,70		
<div style="text-align: right;"> <p>صيدلية المعمورة</p> <p><b>PHARMACIE LA MAMORA</b></p> <p>Dr. Zakaria BENTAHAR</p> <p>Secteur 4, Imm. Ata Allah, N°13</p> <p>Salé, Tabriquet - Tél.: 0537 85 40 87</p> </div>				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		<div style="text-align: center;"> <p><b>MUPRAS</b></p> <p>17 AVR. 2019</p> <p><b>ACCUEIL</b></p> </div>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Docteur A. OUAMMOU

NEUROCHIRURGIEN

Professeur Agrégé de Médecine

الدكتور عبد الله اعمو

إختصاصي في جراحة الأعصاب

أستاذ بارز في الطب

Rabat, le 19 3 4 في الرباط

Seroplex 10 mg

14 comprimés pelliculés  
sécatiles

6 118001 081370

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V.: 240,00 DH

6 118001 184989

Lysanxia 10 mg

P.P.V.

Lysanxia 10 mg

P.P.V.

Topiramate GT

6 118001 380084

Lot: 71313  
Exp: 02/2020  
PPV: 1080H00

6 118001 380084

Lot: 01338A  
Exp: 03/2021  
PPV: 1080H00

6 118001 380084

Lot: 01338A  
Exp: 03/2021  
PPV: 1080H00

6 118001 380084

Lot: 01338A  
Exp: 03/2021  
PPV: 1080H00

6 118001 380084



صيدلية المعمورة  
PHARMACIE LA MAMORA  
Dr. Zakaria BENTAHAR

Secteur 4, Imm. Ata Allah, N° 13  
Salé, Tabriquet - Tél.: 0537 85 40 87

05 37 706 489 - الفاكس : 05 37 705 992 - الهاتف : 10 000 - الرباط - إقامة طرفاية - زنقة بنغازي - لاي الحسن -  
Avenue Moulay El Hassan - Rue Benghazi - Résidence Tarfaya - 10.000 - Rabat - Maroc  
Tél.: 05 37 705 992 - Fax : 05 37 706 489 - E-mail : ouammou@menara.ma