

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																								
					 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution 																								
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de 																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			H			G		25533412			21433552		00000000			00000000		00000000			00000000		35533411			11433553	
H			G																										
25533412			21433552																										
00000000			00000000																										
00000000			00000000																										
35533411			11433553																										



DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1002	
Nom & Prénom MOUKHI Abdelatif			
Fonction : Retraite		Phones 05 22 35 34 53	
Mail moukhi.com@gmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient Moukhi Abdelatif	
Adhérent	☒ Conjoint	☐ Enfant	Age
			Date
Nature de la maladie			Date 1ère visite
HTA			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2 + C6			3000lt
PHARMACIE		Date 06/05/19	
Montant de la facture			
296,70			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV

des

2/1

DR. JOUNDA
CARDIOLOGUE
39, Boulevard Raha
Casablanca
Tél. C. : 012 31 61 75

PHARMACIE EL BACHIR
62 Bis, Bd. H. Ahmed Mekouar
Tél. : 05 22 34 41 27 - Casablanca

DOCTEUR JOUNDY CHAKIB
CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté
de Médecine de Lille (France)

Diplômé d'Etudes Spéciales de
Pathologie Vasculaire Varices
Ex. Médecin Attaché au C.H.U
de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13
Fax : 05 22 44 46 10
D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48
Casablanca



الدكتور جندى شكيب

إختصاصي في أمراض القلب
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليك فرنسا
طبيب ملحق سابقا بالمركز الصحي
الجامعي بليك

39، شارع رحال المسكيني
الهاتف: 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13
فاكس: 05 22 44 46 10
م: 05 22 52 08 03
المحمول: 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

Casablanca, le : 06 105/2019

UT.AV : 55 21 P.P.V.
98 90

LOT N°: 1259162

98,90

09366128/3

Mont R fi A. Belleluty
Amela 10 mg
Zmmi
19/15

UT.AV : 27 P.P.V.

LOT N°: 1270192

98,90

09366128/3

CHIR
Mekouar
27 - Casablanca

UT.AV : 21 P.P.V.

LOT N°: 1266664

98,90

09366128/3

DR. JOUNDY CHAKIB
CARDIOLOGUE
39, Boulevard Rahal El Meskini
Casablanca
Tél. C. 022 31 64 13 / 31 75 13