

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

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution



W18-139845

DATE DE DEPOT

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

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT  |  | Mle 5232                        |
|---|--|---------------------------------|
| Nom & Prénom <u>EZZANER ALI</u>   |  |                                 |
| Fonction : <u>Retraité</u>  | Phones : <u>0620 493982</u>                  |                                 |
| Mail : .....  |  |                                 |
| <b>MEDECIN</b>  |  |                                 |
| Prénom du patient .....   |  |                                 |
| Adhérent <input type="checkbox"/>   | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> |
| Age <u>1957</u>   | Date <u>11/6/13</u>                          |                                 |
| Nature de la maladie  |  | Date 1ère visite                |
| <u>Entrée de l'écaille dent.</u>  |  |                                 |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances   |  |                                 |
| Nature des actes  | Nbre de Coefficient                          | Montant détaillé des honoraires |
|   | <u>C-89</u>                                  |                                 |
| <b>PHARMACIE</b>  |  |                                 |
| Date <u>11/6/13</u>   |  |                                 |
| Montant de la facture <u>11980</u>  |  |                                 |
| <b>PHARMACIE MENARA</b><br>SENHAJ Mouna<br>Derb el Miter N° 9 Rue 1<br>Derb Bouchentouf Casablanca<br>Tél: 05 22 29 40 23 |  |                                 |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>   |  |                                 |
| Date : .....  |  |                                 |
| Désignation des Coefficients  | Montant détaillé des Honoraires              |                                 |
| <u>2R</u>   | <u>1590</u>                                  |                                 |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>   |  |                                 |
| Date : .....  |  |                                 |
| Nombre  |  | Montant détaillé des Honoraires |
| AM  | PC   | IM                              |
|   |  | IV                              |
|   |  |                                 |

Dr. ZGUENI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Clinique CAS S Derb Ghali

LOT :

EXP :

PPV :

22150

DIFAL®

Diclofenac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44.20 DH

6 118000 190349

43x20x90  
6

مص  
LYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le

11/6/13

7 ESSEFAIR TOURIA

LOT : 8MA107  
PER : 10/2021

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V. : 53DH10

6 118000 060833

530 - Relaxol

38/11

4420 - Difalac

38/11 en 2 - 18/11

22150

BEUTAZOL (B-27)

18/11 li 10h  
1 - Aleost 60'

Dr. ZGUENDI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Polyclinique C.M.S. Derb Ghallef

05 22 86 42 05 : فاكس - 27 - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - الدار البيضاء - درب غلب - زنقة الضمان - Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



1 SERB CHALIF

# Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du Service Médical  
demandeur code

№ 010966

NOM DU MALADE ..... ESSAFAR TOURIA

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

### Renseignements Cliniques

Examen demande

RV de la e Laila Parla

## Le Médecin Traiceno

Service des Urgences  
Municipal de la Ville de Québec

PC 8

16-1-2

URGENT

RAPID

NONE

ROYAUME DU MAROC

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



|                             |         |              |                  |  |        |                            |  |                             |  |                          |  |
|-----------------------------|---------|--------------|------------------|--|--------|----------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------|--|
| N° IPP :                    | 1086107 | N° SEJOUR :  | 190037824        | <b>FACTURE N° 1905026300</b>             |        | DATE D'ENTREE : 11/06/2019 |  | DATE DE SORTIE : 11/06/2019 |  |                          |  |
| ASSURE :                    |         |              |                  | DESTINATAIRE :<br><b>ESSEFAR, Touria</b> |        |                            |  |                             |  |                          |  |
| MALADE : ESSEFAR, Touria    |         |              |                  |  |        |                            |  |                             |  |                          |  |
| NOM JEUNE FILLE :           |         |              |                  |  |        |                            |  |                             |  |                          |  |
| TIERS PAYANT 1 :            |         |              |                  |  |        |                            |  |                             |  |                          |  |
| TIERS PAYANT 2 :            |         |              |                  | N° IMMAT C.N.S.S. :                      |        |                            |  |                             |  |                          |  |
| REF. PC 1 :                 |         |              |                  | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :         |        |                            |  |                             |  |                          |  |
| REF. PC 2 :                 |         |              |                  | N° SE. SOC. ETRANG. :                    |        |                            |  |                             |  |                          |  |
| NATURE DE PRESTATION        |         | LETTR<br>CLE | NOMBRE<br>x COEF | PRIX<br>UNITAIRE                         | TOTAL  | TIERS PAYANT 1<br>% / Dh   |  | TIERS PAYANT 2<br>% / Dh    |  | PART DU MALADE<br>% / Dh |  |
| ACTES DE RADIOLOGIE         |         |              |                  |  |        | MONTANT                    |  | MONTANT                     |  | MONTANT                  |  |
| ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE |         | Z            | 15.00            | 10.00                                    | 150.00 |                            |  |                             |  | 0.00 150.00              |  |

|   |                        |              |                                      |         |   |  |          |        |
|---|------------------------|--------------|--------------------------------------|---------|---|--|----------|--------|
| Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .                       | TOTAUX :               | 150.00       |                                      |         |   |  |          | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS |                        | PLAFOND PC : |                                      |         |   |  | ACOMPTE: |        |
|   |                        | REMISE :     | 0.00                                 | REGLE : |   |  | AVOIR :  |        |
|   |                        | RESTE DU:    | 150.00                               |         |   |  |          |        |
| DATE FACTURE : 11/06/2019   | EDITEE LE : 11/06/2019 | PAR: LAHLOU  | ACCIDENT DE TRAVAIL :                |         |   |  |          |        |
| VISA  |                        |              | N° DE POLICE :                       |         | DATE AT :                                   |  |          |        |
|   |                        |              | Règlement à effectuer à l'ordre de : |         | POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef         |  |          |        |
|   |                        |              | BANQUE :                             |         | BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA |  |          |        |
|   |                        |              | N° compte bancaire :                 |         | 011 780 0000 70 210 00 60 028 31            |  |          |        |

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



|   |  |                       |               |  |                                      |                                   |   |                                  |           |                                  |       |  |
|---|--|-----------------------|---------------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-----------|----------------------------------|-------|--|
| N° IPP : 1086107  |  | N° SEJOUR : 190037868 |               | FACTURE N° 1905026313  |                                      | DATE D'ENTREE : 11/06/2019        |   | DATE DE SORTIE : 11/06/2019      |           |                                  |       |  |
| ASSURE :  |  |                       |               | UF: 5002 URGENCES<br>N° IMMAT C.N.S.S :<br>N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :<br>N° SE. SOC. ETRANG. : |                                      | DESTINATAIRE :<br>ESSEFAR, Touria |   |                                  |           |                                  |       |  |
| MALADE : ESSEFAR, Touria  |  |                       |               |  |                                      |                                   |   |                                  |           |                                  |       |  |
| NOM JEUNE FILLE :   |  |                       |               |  |                                      |                                   |   |                                  |           |                                  |       |  |
| TIERS PAYANT 1 :<br>TIERS PAYANT 2 :<br>REF. PC 1 : REF. PC 2 : |  |                       |               |  |                                      |                                   |   |                                  |           |                                  |       |  |
| NATURE DE PRESTATION  |  | LETRE CLE             | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE  | TOTAL                                | TIERS PAYANT 1<br>% / Dh MONTANT  |   | TIERS PAYANT 2<br>% / Dh MONTANT |           | PART DU MALADE<br>% / Dh MONTANT |       |  |
| CONSULTATION DE MEDECIN.<br>CONSULTATION DE GENERALISTE         |  | C                     | 1.00          | 80.00  | 80.00                                |                                   |   |                                  |           | 0.00 80.00                       |       |  |
| Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)     |  |                       |               |  | TOTAUX :                             | 80.00                             |   |                                  |           |                                  | 80.00 |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>QUATRE-VINGT DHS |  |                       |               |  | PLAFOND PC :                         |                                   |   |                                  | ACOMPTE : |                                  |       |  |
|   |  |                       |               |  | REMISE :                             |                                   | 0.00  | REGLE :                          |           | AVOIR :                          |       |  |
|   |  |                       |               |  | RESTE DU :                           |                                   | 80.00                                       |                                  |           |                                  |       |  |
| DATE FACTURE : 11/06/2019                                       |  |                       |               |  | EDITEE LE : 11/06/2019               | PAR: LAHLOU                       | ACCIDENT DE TRAVAIL :                       |                                  |           |                                  |       |  |
| VISA  |  |                       |               |  | N° DE POLICE :                       |                                   | DATE AT :                                   |                                  |           |                                  |       |  |
|   |  |                       |               |  | Règlement à effectuer à l'ordre de : |                                   | POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef         |                                  |           |                                  |       |  |
|   |  |                       |               |  | BANQUE :                             |                                   | BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA |                                  |           |                                  |       |  |
|   |  |                       |               |  | N° compte bancaire :                 |                                   | 011 780 0000 70 210 00 60 028 31            |                                  |           |                                  |       |  |

*[Handwritten signature and red circular stamp of the Moroccan Social Security Agency (C.N.S.S.)]*

**SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE-DERB GHALLEF**  
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE-ECHOGRAPHIE-DOPPLER-SCANNER

**ESSEFAR TOURIA**

**EXT**

**11/06/2019**

**RX. CHEVILLE GAUCHE F+P**

Minéralisation osseuse normale  
Respect des interlignes articulaire  
Épine calcanéenne

Dr MESTOUR

A handwritten signature in blue ink is written over a faint, circular blue stamp. The stamp contains the text "JT MESTOUR", "Radio", "polytechnique", and "CNS".