

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 travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
				Fin de										
O.D.F. 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)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												

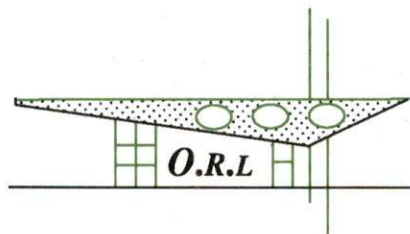


W18-400540

DATE DE DEPOT

16.07.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 12721	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BENOMAR Mehdi			Signature de l'adhérent	
Fonction : OPL			Phones : 0661150762	
Mail : Y.BENOMAR@royalairmaroc.com				
MEDECIN		Prénom du patient BENOMAR MEHDI		
Adhérent ☐	Conjoint ☐	Enfant ☐	Age	Date 12.07.19
Nature de la maladie affection OPL.			Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
3 Anesthésie			300017	
			500017	
PHARMACIE		Date		
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
ES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
PC	IM	IV		
Professeur Mokhlis B. OTORHINO LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLOFACIALE 198 Bd Elghazal Casablanca Tel : 0922 99 42 41 Signature et cachet du Pharmacien CACHET MUPRAS 76 JUIL 2019 ACCUEIL				



AUDIOGRAMME

Nom : Benghuan

Prénom : El Jechdi

Age : 14/10/1989

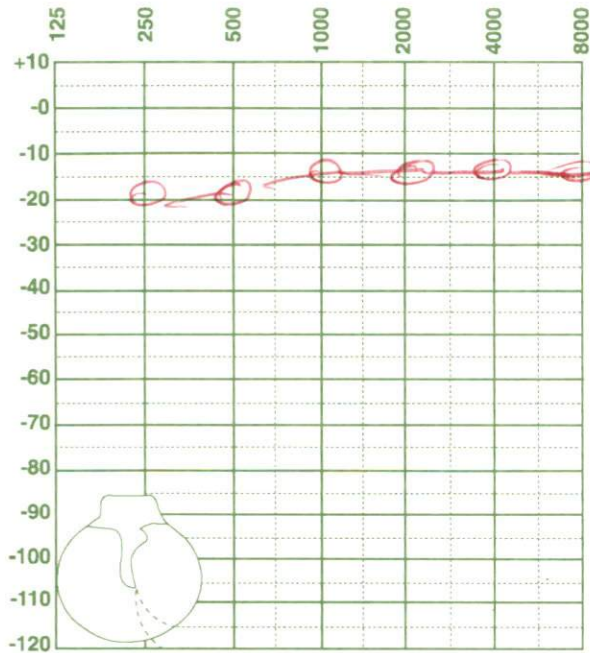
Profession : _____

Adresse : _____

Date : 12/7/2018

مصحة بوسيجور
CLINIQUE O.R.L.
BEAUSEJOUR

Professeur Mekrim B
OTORHINO LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
198. Bd Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 99 42 41



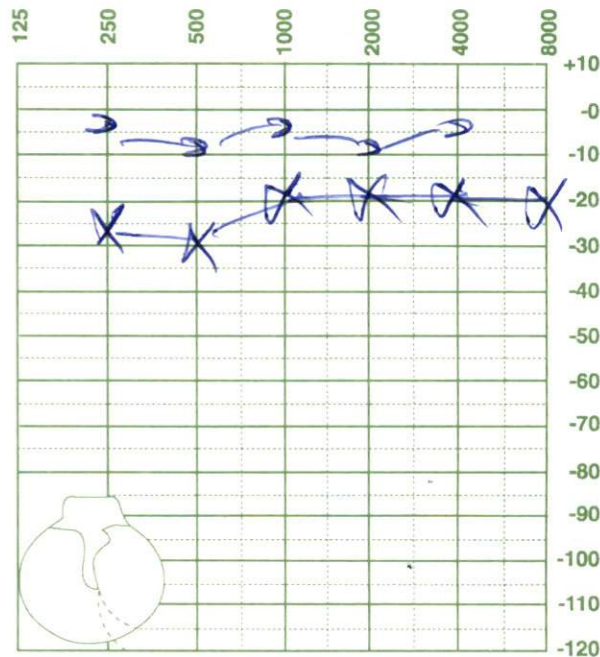
PERTE AUDITIVE

	O. D.	O. G.
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

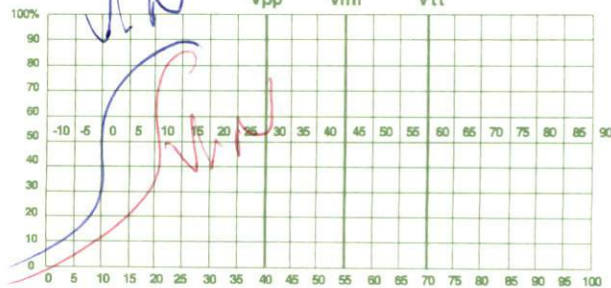
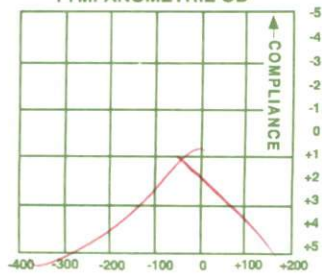
BOX 7 =
MOX 7 =

Total
Perte
Binaurale
en %

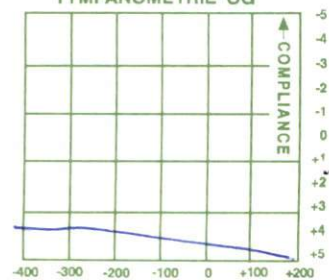
a	
---	--



TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



Casablanca, le 1207 2001

Le Docteur MOKRIM

Prie M BENOMAR Mehdi

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires
Pour

Audio + Dynadance

S'élevant à la somme de 500 DH Dhs

Professeur Mokrim B
OTORHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
198. Bd Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 99 42 41

Casablanca, le 12.07.2009

Le Docteur

Prie M

Zen Omar

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires
Pour

Consultation 07

S'élevant à la somme de \$300 \$ Dhs

trois cents Dirhams

Professeur MOKRIM B.
CHIRURGIEN MAXILLOFACIAL ET
CHIRURGIEN MAXILLODENTaire
198, Bd. Ghandi Casablanca
Tél. 332.00.12.47