

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 canalaire, 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
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	21433552		
D 25533412 00000000 00000000 35533411		G	00000000 00000000 11433553		
<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>14 JUIL 2019</p> <p>ACQUEUIL SIEGE RAM</p>					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

MUPRAS		W17-121162	DATE DE DEPOT
			/201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 8973	Signature de l'Adherent Signature de l'Adherent Signature de l'Adherent
Nom & Prénom CHAOUKI WASSIM		Fonction CDB Phones 0661418606	
Mail c_wassim1e@hotmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient ADAM.	
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age 25/03/03 Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
ABSTURZ MATERIEL (Epiphyse distale)			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		102 facture	2870,-
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
Signature et cachet du Pharmacien			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date 09/07/19	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
E36		400 DH	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			



الدكتور عبد الوهاب الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 28 JAN. 2019

CHAOKI Adam

Epiphysiose fléxion lat G

Rx Bassin Face

Rx hanche G de profil

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41 Rue Med. Sédiqi 1er Etage
Tél: 20.52.15/20.52.16 - Casablanca

Professeur A. REFASS
Chirurgie et Traumato
Orthopédie Pédiatriques
237 Boulevard Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 94 20 00 - Fax: 05 22 94 20 09
e-mail: arefass@gmail.com

Cabinet : Résidence Kheir - 237, Bd zerkouni - Casablanca - Tél. : 0522.942.000 - Fax: 0522.942.009 - e-mail: arefass@gmail.com

Clinique : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28
IF 01087099
Casablanca

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 11/07/2019 Heure 07:38

Age ou Date Naissance 17 - 25/03/2003

<u>Nom et Prénom du patient</u>	CHAOUKI ADAM
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>	
<u>Adresse</u>	17 RUE AHMED MOKRI ETG 2 APT 2 QU RACINE
<u>Téléphone</u>	06.61.41.86.05
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>	
<u>Médecin traitant</u>	REFASS ABDELOUAHED
<u>Motif d'hospitalisation</u>	ABLATION MATERIEL
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	NON <i>deu</i>
	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u> 0

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature
CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, BD ABDERRAHIM BOUABID
OASIS - CASABLANCA
TEL : 0522 23 18 18 / 022 23 50 28

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 11/07/2019 Heure 15:00

Durée d'hospitalisation (jours) 0

Nom et prénom du signataire

Signature
CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, BD ABDERRAHIM BOUABID
OASIS - CASABLANCA
TEL : 0522 23 18 18 / 022 23 50 28

Casablanca , le 09/07/2019

COMPTE RENDU DE : CHAOUKI ADAM

PR : REFASS

RX BASSIN DE FACE + HANCHE GAUCHE DE PROFIL

- *Matériel d'ostéosynthèse en place.*
- *Interlignes articulaires coxo-fémorales et sacro-iliaques conservés.*
- *Sphéricité conservée des têtes fémorales.*
- *Absence de lésion ostéolytique ou ostéocondensante d'allure suspecte.*
- *Absence de lésion d'allure évolutive au niveau des parties molles.*

Merci de votre confiance.
DR FATHI BERRADA

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologe
Tél. 05 22 20 62 15 / 05 22 20 62 16 - GSM : 06 61 13 64 13 - Fax : 05 22 20 62 16
Patente N° 30201798 - CNSS N° 6393045 - I.C.E : 0018236899000022
E-mail:radbourgognecasa@gmail.com

Dr. Abdou BERRADA FATHI

الدكتور عبد الله براادة فتحي

Facture N° 07028/2019

Casablanca, le 09/07/2019

Nom patient : CHAOUKI ADAM

Examen(s) réalisé(s) : BASSIN FACE + HANCHE GAUCHE PROFIL:

Montant : quatre cents (400 DH)

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME
DE : 400 DH**

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41 Rue Med. Sedki 1^{er} Etage
Tél : 20.62.15/20.62.16 - 06.61.13.64.13