

# 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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient mastocatoire			Montant des soins
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553			Date du devis
	(Creation, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

W17-121162

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 8973

Nom & Prénom **CHAOUKI Wassim**

Fonction : **CDR**

Phones **0661418606**

Mail **c\_wassim1e@hotmail.com**

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient **ADAM**

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☒ Age **25/03/03**

Date

Nature de la maladie

**Abattement matériel (épiphysiolysse)**

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nombre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

**202 facture cp**

**2970.-**

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et cachet du Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date **09/07/19**

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**236**

**400 DH**

**Dr. BERRADA EATHI**  
Med. Abdou  
Radiologie Boulogne  
41 Rue Med. Sedki El Edd  
Tél : 20.62 1572002 / 6 - Cas

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET



الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 28 JAN. 2019

CHADKI Adam

Epiphysolyse flurale sup G

Rx Bassin Face

Rx hanche G de prof.

Dr. BERRADA FATMI  
Med. Abdou  
Radiologie Bourgogne  
41 Rue Med. Sedki Ter Elaboe  
Tél 20.62.15/20.62.16 - Cas

Professeur A. REFASS  
Chirurgie et Traumatologie  
Orthopédie Pédiatriques

23 Boulevard Zerkouni - Casablanca

Tél. 05 22 94 20 00 - Fax: 05 22 94 20 05

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

<u>Date d'entrée</u>	11/07/2019	<u>Heure</u>	07:38
<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>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	0
<u>Motif d'hospitalisation</u>	ABLATION MATERIEL		
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	NON <i>oui</i>		

<b>Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie</b>	
<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT

Nom et prénom du signataire :

*Signature*  
CLINIQUE ATFAL  
50 BD ABDERRAHIM BOUABID  
OASIS - CASABLANCA  
TEL : 0522 23 18 18 FAX : 0522 23 50 28

<b>Partie à compléter à la sortie</b>			
<u>Date Sortie</u>	11/07/2019	<u>Heure</u>	15:00
<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0		
<u>Nom et prénom du signataire</u>			

*Signature*  
CLINIQUE ATFAL  
50 BD ABDERRAHIM BOUABID  
OASIS - CASABLANCA  
TEL : 0522 23 18 18 FAX : 0522 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

**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<sup>er</sup> Etage  
Tél : 20.62 15/20.62 16 - Fax :