

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



P 17 / 0060843

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00608	Signature de l'adherent											
Nom & Prénom FALEL Mohamed														
Fonction Retraite RAY	Phones 0661179081													
Mail m_falil45@hotmail.fr														
MEDECIN	Prénom du patient FALEL Med		Date 3/7/2019											
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age														
Nature de la maladie	Hepatie B		Date 1ère visite											
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances														
Consultation 300 Chirurgie 500 800 DH														
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin											
PHARMACIE	Date 24/07/2019		PHARMACIE HAY RAJA Hicham ABOUTIKA Docteur en Pharmacie 125 Bd. V. des Palmes Bp. Andalous Hay Raja L Hermitage Casablanca - Tél: 05 22 88 04 25											
Montant de la facture	57200													
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date												
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		MUPRAS 25 JUL 2019 CACHET											
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 25 JUL 2019	CACHET											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				AM	PC	IM	IV					Montant détaillé des Honoraires
Nombre														
AM	PC	IM	IV											

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Le : 24 / 8 / 2019

NOM :

FALEL MOHAMED D

Produit :

572,00



Lot: 19GD017802
 Fab/Mar: 02-2019
 EXP: 02-2022

DOTAREM

Sol. inj. fl. 10ml

PPV: 572 DH 00


 6 118001 180888
 Laboratoires MAPHAR

DOTAREM 10 ml.

PHARMACIE HAY RAJA
 Highain Aboutika
 Docteur en Pharmacie
 125 Bld. Av. des Palmiers
 Hay Raja - Hermitage
 Casablanca Tél: 05 22 86 08 25



Professeur Driss Jamil

Hépatologie & Gastroenterologie

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le 13/07/2019

M^r Falel Med - n° 608

Angio - IRN

lesm foie se fient V
ayant augmentée de taille
Depuis (23/5/2018)
Déjà Angio Scan
Booie lesim par
D^r AKIKI ungué.

PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

ICE : 001856634000094

INP : 09 08 00 28

Date: 03/07/2019

Mr FALEL Mohamed

Note d'honoraire

Actes	Montant
Consultation	300,00
Echographie	500,00
<hr/>	
Total :	800,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **HUIT CENTS DIRHAMS**

الطبيب د. دريس جميل
أخصائي أمراض الجهاز الهضمي
201 شارع 1 / حي النخلة
الهاتف: 94 02 94 / الفاكس: 94 01 94 / 0522 61 94

PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

Casablanca, le 03/07/2019

Echographie Abdominale

Mr FALEL Mohamed

Indication

HEPATITE B

NODULE DU FOIE?

Examen

Foie de taille normale, legerement steatosique avec meme image hypoechogene de 3,63 cm sur 4,86 cm segment V (ayant augmenté de taille)

Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées,.

Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles. Kyste renal

Rate : de taille normale

Conclusion

IMAGE HYPOECHOGENE DU SEGMENT V CHC?

A COMPLETER PAR ANGIO IRM

