

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

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



P 14/0031586

DATE DE DEPOT

1/10/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 666
Nom & Prénom <u>TAHIRI Abdelatif</u>		
Fonction	Phones <u>0661 200379</u>	
Mail <u>abdelatif.tahiri@hotmail.com</u>		

MEDECIN	Prénom du patient <u>Abdelatif Tahiri</u>
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>1939</u>
Nature de la maladie	Date <u>09 AOUT 2019</u>

<u>HTA</u>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C2+EV</u>		<u>300,00</u>

PHARMACIE	Date <u>09/08/2019</u>
Montant de la facture	<u>1184,00 DA</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

PHARMACIE L'ORCHIDE
Angle Boulevard Ghandi &
Angle Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Téléphone : 09 22 22 22 22

CACHET

CACHET

Docteur **BENCHEKROUN** **DRISS**

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE

CARDIOLOGUE

DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES
DE CARDIOLOGIE

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

SUR RENDEZ-VOUS



الدكتور بن شقرون ادريس

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

بالميعاد

Casablanca, le **10 9 AOUT 2019** الدار البيضاء في



611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

1128344-A14-MA

09126



611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

1128344-A14-MA

09172

Dr TAHIRI J
Abdenafel

296.00 x 4



611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

1128344-A14-MA

09179

Exforge (5/80)

4's

(4 bts)

191



611800103058 3

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 296.00 DH

1128344-A14-MA

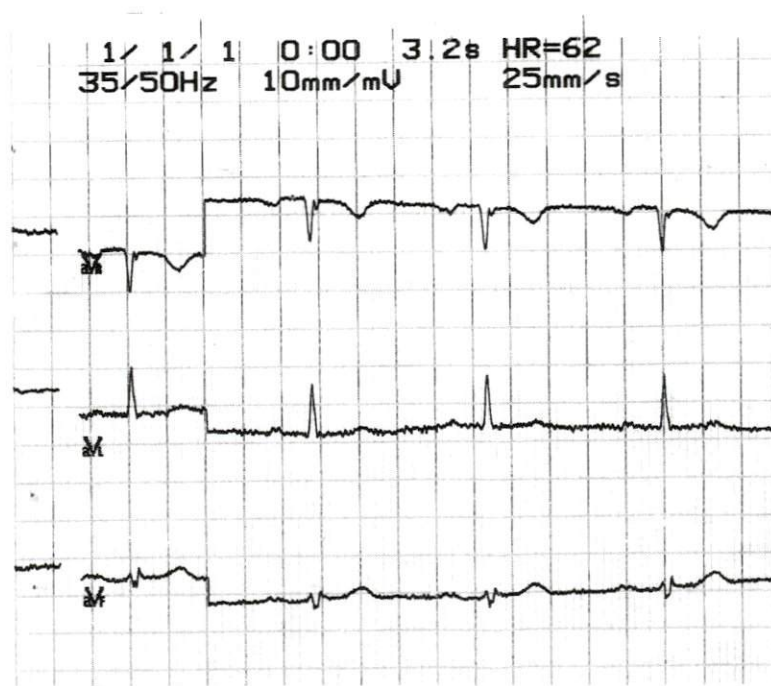
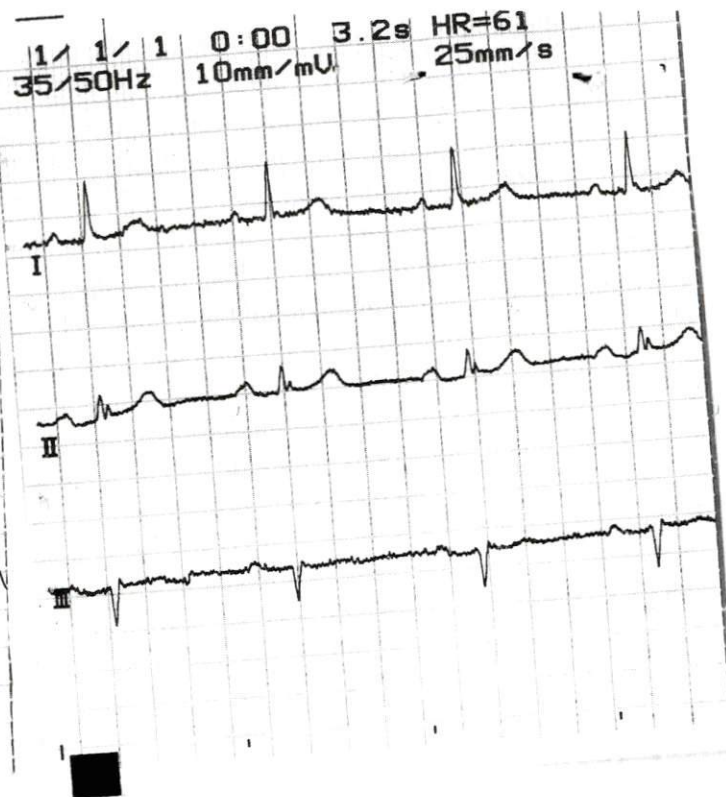
09227

PHARMACIE L'ORCHIDE
Angle Boulevard Ghandi &
Angle Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Téléphone : 05.22.39.06.22

Docteur **BENCHEKROUN** **DRISS**
CARDIOLOGUE
Résidence BEN OMAR
Rue Ibn Nafiss Maarif
Tel : 05.22.06.06.06 - Case

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء

RÉSIDENTE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA
TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25



CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur BENCHEKROUN Driss

Résidence Benomar - Rue Ibn Nafiss - Immeuble "B"
Mâarif - Casablanca - Tél. : 05 22.25.06.06 / 05 22.23.22.67 - Fax : 05 22.23.22.67

ELECTROCARDIOGRAMME

de M

Tahiri Joutei
Abderrafih
09/08/2019