

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																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<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
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	



W18-381182

DATE DE DEPOT

03/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7908
Nom & Prénom <u>CHAKROUN RACHID</u>		
Fonction : <u>Retraité</u>		Phones. <u>0650630007</u>
Mail <u>rchakroun1955@gmail.com</u>		
MEDECIN		
Prénom du patient <u>AICHA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age <u>63</u>		Date <u>04/06/19</u>
Nature de la maladie <u>Affert oile</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes <u>Cs + Aggration</u>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <u>35000</u>
PHARMACIE		
Date <u>04/06/2019</u>		
Montant de la facture <u>217,20</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		Montant détaillé des Honoraires
Désignation des Coefficients		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

PHARMACIE OUM ERRABII
Dr. Adnane BIDAH
49, Boulevard OUM ERABII HAY HASSANI, EL OULFA
CASA BLANCA - Tél: 05 22 90 88 72 - Fax: 05 22 90 12 66

MUPRAS
03 SEP. 2019
ACCUEIL

Dr Zine EL Abidine Houda

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

Maladies et Chirurgie de :
Oreille et Audition, Nez et Larynx
Vertige et Ronflement
Cou et Thyroïde

د. زين العابدين هدى

طبيبة أخصائية الأذن - الأنف - الحنجرة

أمراض وجراحة :

الأذن والسمع , الأنف وجيوب الأنف

الحلق والحنجرة الدوخة والشخير

العنق والغدة الدرقية



Date: 04/06/2019.

FACHATE Archa.

64,50

64,50

Myk solut (S.V.)

19,40

5 gts x 2/1c (x 1 mois).

19,40

Antibiosylor (S.V.)

5 gts x 2/1c. (x 7 j - 1).

115,00

Avamys (S.V.)

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 115,00 DH
118001142262

2 phlv x 2/1c. (x 1 mois)
18,35

Doliphrane 1g x 3/1c. (x 5 j - 1)

PPV 18 DH 30
PER 10/21
LOT H2253

217,20

Dr H. Zine EL Abidine
Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ
Casablanca
Tel : 05 22 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10
E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 09118725

Dr H. Zine EL Abidine

Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ

Casablanca

Tel : 05 22 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10

E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 09118725

100 شارع أم الربيع إقامة الأفق مازولا - الدار البيضاء

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ Mazola - Casablanca

Tél. : 05 22 690 690 Urgences : 0663 69 10 10 - E-mail : zeahouda@gmail.com