

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 |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | Coefficient des travaux |
|-------------------------------|--|----------------------------|
| | H | |
| | D | |
| | G | |
| | | |
| | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| | complet haut complet Bas 240 | |

Dr. T EL ARAKI ELENE
Chirurgienne Dentiste
137, Bd. Moulay Youssef - Casablanca
Tél: 05 22 27 38 35



W17-104627

DATE DE DEPOT

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

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | Mle |
|--------------------------|---------------|
| Nom & Prénom | SELHOUM HANID |
| Fonction | Retraité |
| Phones | 06 999 013 |
| Mail | |

| MEDECIN | Prénom du patient |
|--|-------------------|
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | SELHOUM HANID |
| Age | |
| Date | 25.06.2019 |
| Nature de la maladie | |
| Date 1ère visite | |

| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | |
|---|---------------------|---------------------------------|
| DEVIS: par dent | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| DEVIS: par dent | 240 - | 4000 Dh |

| PHARMACIE | Date |
|-----------------------|------|
| Montant de la facture | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | Date |
|---------------------------------|------|
| Désignation des Coefficients | |
| Montant détaillé des Honoraires | |

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

ACE
casu
Anga

Dr. T EL ARAKI ELENE
Chirurgienne Dentiste
137, Bd. Moulay Youssef - Casablanca
Tél: 05 22 27 38 35

ACQUEIL
17 SEP 2019
MUPRAS

INP: 09-40 10-170

IF: 401-00-342

ICE: 00-17-51-55-60-000-47

Dr. T. EL ARAKI ELENE

CHIRURGIENNE DENTISTE

الدكتورة ط. العراقي الينا
جراحة الأسنان

137, Bd Moulay Youssef

Téléphone : 0522 27 38 35

CASABLANCA

137, شارع مولاي يوسف

الهاتف : 05 22 27 38 35

الدار البيضاء

Nom du Malade SELHOUH HANID

Casablanca, le 9.9.2019.

Facture pour les prothèses dentaire
de SELHOUH HANID la somme de
4000 DH (quatre mille dirhams)
correspondant :

- complet haut
- complet bas - D240 -

Dr. T. EL ARAKI ELENE
Chirurgienne Dentiste
137, Bd. Moulay Youssef - Casablanca
Tél: 05 22 27 38 35

N° PATENTE 35400189 : تاتارتم