

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES															
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF</p>															
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
O.D.F. Prothèses dentaires															
<p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table border="1"> <tr> <td>DROITE 13 11 12 H GAUCHE 22 23 24 25</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>G</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p> <p>13 AOUT 2019</p>				DROITE 13 11 12 H GAUCHE 22 23 24 25	H	21433552	00000000	D	00000000	00000000		00000000	35533411	G	11433553
DROITE 13 11 12 H GAUCHE 22 23 24 25	H	21433552													
00000000	D	00000000													
00000000		00000000													
35533411	G	11433553													
<p>Accueil Stage/Ram</p>															

MUPRAS		W18-389282	DATE DE DEPOT
		13.09.2018	100%
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 13233	
Nom & Prénom		Raini Rouna	
Fonction		Charge d'étude	Phones 0625685969
Mail		raini@royalairmaroc.com	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent		Conjoint	Enfant
Nature de la maladie		Age	Date
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date 24 SEP 2019	
Montant de la facture		BPA 100% (VA)	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
1 Z16		Radio panoram 200.00	
TRAITEMENTS MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
PC	IM	IV	

Casablanca, Le : 2019 -9-12

Nom Du Patient : Raini Mouna

Facture

Dent N°	Traitemet à effectuer	Coefficient	Honoraires
	Radiographie panoramique	T151 Z16	200
Total			200

Le montant de soins s'élève à 200 dhs.

Dr. YAKOUBI SOUSSANI
Dr. ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05 22 93 50 55