

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

O.D.F.	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux								
Prothèses dentaires										
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">35533411</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Montant des soins</p> <p></p>
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
	<p style="text-align: center;">1 2 852 2018</p> <p style="text-align: center;">ACQUEIL SIEGE RAM</p>	<p>Date du devis</p> <p></p>								
		<p>Fin de</p> <p></p>								

Visa et cachet du médecin  
Dr. EL HATTAB Imane  
Chirurgienne Dentiste  
El Anassour, T59 Bis Entrée A



DATE DE DEPOT

18/09/2019

<b>MEDICIN</b>		Prénom du patient <u>ARAYECH ASSAMA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>14 ans</u>
Date		Date 1ère visite	
Nature de la maladie		<u>Douleurs dentaires</u>	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

Signature et  
**Dr EL HATTAR Imad**  
 Chirurgien Dentiste  
 Bd. Yacoub El Ghazouali, 159 bis Em  
 Bg. 3 N°11 - Casablanca  
 Tél.: 0522 99 00 66

<b>PHARMACIE</b>	Date .....	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture		

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	<b>CACHET</b>
.....	.....	

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

CACHET

24 SEP. 2019



# NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du patient :

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de L'INPE : 094184033

N° de L'ICE : 002065760000062

N° de L'IF : 25204744

Identifiant à la taxe professionnelle : 35800507

**Dr. EL HATTAB Imane**  
Chirurgienne Dentiste  
Bd. Yacoub El Manssour, 159 Bis Entrée A  
Etg. 3 N°11 - Casablanca  
Tél.: 0522 99 00 66

Date : 14/09/2019

اسنان معالجة Dents traitées	رمز الخدمات Valeur clé	تاريخ الخدمات Dates des actes	معدل الخدمات Lettre clé +cotation NGAP	قيمة العمل Valeur clé	المبلغ المقوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et cachet du médecin dentiste
21	CS D700	28/08/19	D	4	2000DH	
22	D700	29/08/19	D	15	600 DH	
12	D700	29/08/19	D	15	600 DH	
11	D700	02/09/19	D	15	700 DH	
25	D700	03/09/19	D	15	400 DH	
-	D708	14/09/19	D	1202	700 DH	

Montant global :

3800 DH

Signature et cachet

Adresse : 159 Bd Yacoub El Manssour, entrée A, étage 3, appartement 11.

Téléphone : 0522990066

E-mail : centredentaireyacoubelmansour@gmail.com

**Dr. EL HATTAB Imane**  
Chirurgienne Dentiste  
Bd. Yacoub El Manssour, 159 Bis Entrée A  
Etg. 3 N°11 - Casablanca  
Tél.: 0522 99 00 66