



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

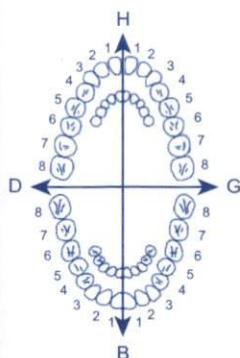
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	00000000	00000000													
		G	35533411	11433553													
					MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

**O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

*tkt orthodontique  
multi ligues.  
2<sup>e</sup> trimestre*

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Dr. AZIZE Hay  
Chirurgien Dentiste Yousfi GM 04  
Hay Essaouira - Casablanca - Tél: 05 40 13 02 59*

**Dr. Hasnaa AKILE**

Chirurgien Dentiste

Ex. Attachée à l'hôpital Universitaire

CHU Ibn Rochd à Casablanca

**د . حسناء عقيل**

طبيبة جراحية للأسنان

عضو سابق بالمستشفى

الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

## الأشعة تبييض تعويض تقويم جراحة علاج

Casablanca, le

06/01/20

R Ani SANAA

Facture

Dr. AKILE   
 Chirurgien Dentiste  
 Hay Essalam Al Yousr GH 04  
 Imm. 25 1er étage / Apt. 10 Oulfa  
 Casablanca - Tel: 05 40 13 02 59

Je soussigne, le 05/01/2020,  
 que Mme R Ani SANAA a  
 commencé le trat orthodontique.  
 du 2<sup>ème</sup> trimestre le 03/01/2020.  
 D 90. à 3000,00 DH = 1105  
 Millions DH.

Dr. AKILE Hasnaa  
 Chirurgien Dentiste  
 Hay Essalam Al Yousr GH 04  
 Imm. 25 1er étage / Apt. 10 Oulfa  
 Casablanca - Tel: 05 40 13 02 59

ICE : 001909707000007 - IF : 40246159

حي السلام اليسير GH 04 عمارة 25 رقم 10 الطابق الأول (قرب مقاطعة الأزهر) الألفة - الدار البيضاء

Hay Salam Al Yousr GH04, Imm. 25 N°10 , 1er étage - Eloulfa  
 (prés arrondissement alazhar) - Casablanca - GSM : 0633 19 41 65