

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 												
				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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis 													
			Fin d'exécution 													

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



P 17 / 0063634

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3238	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		B. DITE NAIMA	
Fonction	RETRAITEE	Phones 0661425140	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐		Age	Date 10/04/19
Nature de la maladie		infection co cullem.	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS			309.0004
PHARMACIE		Date 10-04-2019	
Montant de la facture		188.01	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		MUPRAS	
		17 AVR. 2019	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CACHET

CACHET



INTERNATIONAL
clinic

Date : 10 / 02 / 19

Ordonnance

M BDITE NA'IMA

130.00

1) HX FRESH 18x5 / J

2) Indocelly 18x3 / J

58.00

188.00

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
7, Rue Al Bachir Laâlaï
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 00151323900014

HyFresh

2mg/ml
Hyaluronate de Sodium



Lubrifiant Oculaire
Collyre en solution stérile

جمجوم فارما
Jamjoom Pharma 10 ml

PPC : 130 DH 00

12500962-01

INDOCOLLYRE® 0,1%

أندوكولير® 0,1%

Indométacine / أندوميتاسين
collyre en solution / فطرات بشكل محلول

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENTHA PHARMA
PPV. 58.00 DHS
AMM N° 270 DM/21/NRQ

LOT/عبار H3664
FAB/تاريخ 07-2016
EXP/تاريخ 01-2020

Dossier N°

N° 07807

Bon de règlement

Nom: Bdi te

Prénom: Naïma

La somme de: 300,000

Motif: C.S

Médecin: Dr. Hamed

Le: 10/04/19

Signature



INTERNATIONAL
clinic

102, 103 Boulevard Anoual - Casablanca - Maroc

Tél: 0522641400 - Fax: 0522860897 - Email: contact@internationalclinic.ma