

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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
D 00000000	35533411	00000000	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 14/0034824

DATE DE DEPOT

17/04/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 01026	Signature de l'adherent						
Norm & Prénom SERBOUTI ELGHIZOUAN										
Fonction RETRAITE	Phones 0767669231									
Mail										
MEDECIN	Prénom du patient PAMMA									
Adhérent ☐	Conjoint ☒	Enfant ☐	Age	Date 14/3/2019						
Nature de la maladie Affection cutanée			Date 1ère visite							
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C</td> <td></td> <td>Gratuit</td> </tr> </tbody> </table>					Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	C		Gratuit
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires								
C		Gratuit								
PHARMACIE	Date 14/3/2019		Pharmacie L'arganie							
Montant de la facture 151,80		Mme ECH-CHAMMA Mounia EB, 250, Pôle Urbain de Nouaceur Z Casablanca - Tél.: 0522 53 96 9 LIVRE 8002066356								
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date							
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires								
MUPRAS 17 AVR. 2019 ACCUEIL										
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date							
Nombre			Montant détaillé des Honoraires							
AM	PC	IM	IV							

ORDONNANCE

PHARMAT SERBOUTI
LABORATOIRE GENERALE
CENTRE DE SANTE
NOUACER

Fait le 14/3/2018

Mme OUBINA RACHMA

55,40
1) Surgam 200



2) 24,40 1 cp x 3hj

Fazol crème



1 app x 2hj x 10j
39,70

3) Fucidine Pde



1 app x 2hj
32,00

4) Clarbec



151,50 1 cp x

PHARMAT SERBOUTI
LABORATOIRE GENERALE
CENTRE DE SANTE
NOUACER

Pharmacie L'arganier
MOUNIA
CHANNACHANNA MOUNIA
BOULEVARD DE NOUACER ZE
BOULEVARD DE NOUACER ZE
Casablanca - Tél.: 0522 53 96 93

 **FAZOL®** Crème

 **Fucidine®** 2%
pommade Tube de 15 g

LOT : 9896
UT. AV : 09-20
P.P.V : 32 DH 00

LOT : 7MA10A
PER : 02 2020

SURGAM 200 MG
CP SEC B20

P.P.V : 56DH40


6 118000 060857

24, 40

39, 70

24, 40