

# 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																				
				<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																				
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>																				
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																				
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																					
			<b>Fin de</b> <input type="text"/>																					



W17-114561

DATE DE DEPOT

17/04/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

1391

Nom & Prénom

Souady Hd

Fonction

Retraitée

Phones

0624944345

Mail

Souadmed@hotmail.com

MEDECIN

Prénom du patient

Hphamed

Adhérent



Conjoint



Enfant



Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

21 3 2019

Montant de la facture

60,00

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE  
Dr. FAHAYOUSSEF  
10 PISTE TAJMAST-RAS LINA  
JNANE CALIFORNIE AN CHAQ  
TEL : 05 22 87 11 12 CASA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

LIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires



PHARMACIE JNANE CALIFORNIE

صيدلية جنان كاليفورنيا

L'essentiel c'est la santé



Youssef FALAH

Docteur en Pharmacie

Le 21 3 2019

05 22 87 11 12 : الهاتف - الجان - كاليفورنيا - الصيدلية  
10 بستان جنان كاليفورنيا - الجان - كاليفورنيا - الصيدلية

M<sup>r</sup> Souady  
Pharmed

Doit

Quantité	Produits	Prix Unitaire	Total
3	febres	20,00	60,00

PHARMED LOT : 9185  
UT.AV : 12-21  
PPV : 20DH00

PHARMED LOT : 1262  
UT.AV : 02-22  
PPV : 20DH00

PHARMED LOT : 1262  
UT.AV : 02-22  
PPV : 20DH00

FACTURE ARRETEE A LA SOMME DE

Signature

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE  
Dr. FALAH YOUSSEF  
10 PISTE DART Rés. LINA  
JNANE CALIFORNIE AIN CHOQ  
Tél : 05 22 87 11 12 CASA