

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du patient



W18-384578

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 6826

Nom & Prénom KARTI EL MOSTAFA

Fonction : RETRAITE Phones 0522583238

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age

Date 28/03/19

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

K10

1

274,61

PHARMACIE

Date 28/03/19

Montant de la facture

13,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

ALIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

CACHET

وصفة
ORDONNANCE



Le 28/03/2019

Routmine Aicha

13,20

4/Algik g



28

LOT-18D310 EXP 12/21
PPV-13DH20

صيدلية ابن تيمية
PHARMACIE IBN TAIMIA
FOULOUS Abderrahim
Docteur en Pharmacie
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf
Tel 0522 33 52 25
Casablanca

DR TALEF
Service des Urgences
Polyclinique CNS



N° IPP : 1073763		N° SEJOUR : 190021470		FACTURE N° 1905014702		DATE D'ENTREE : 28/03/2019		DATE DE SORTIE : 28/03/2019			
ASSURE :				DESTINATAIRE : MOUTMINE,Aicha							
MALADE : MOUTMINE,Aicha											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE											
ACTE DE CHIRURGIE		KC	10.00	22.50	225.00					0.00 225.00	
FOURNITURES MEDICALES					49.61					0.00 49.61	

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE		TOTAUX :		274.61					274.61
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT SOIXANTE QUATORZE DHS ET SOIXANTE ET UN CENTIMES				PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
				RESTE DU :	274.61				
DATE FACTURE : 28/03/2019		EDITEE LE : 28/03/2019		PAR: FENANI		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

