

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
BROITE	11 12 13 14 15 16 17 18				
	19 20 21 22 23 24 25 26				
	27 28				
HAUT					
BAS	31 32 33 34 35 36 37 38				
	39 40 41 42 43 44 45 46				
	47 48				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	21433552	
BROITE	11 12 13 14 15 16 17 18	D	00000000	G
	19 20 21 22 23 24 25 26		00000000	
	27 28		35533411	
HAUT			11433553	
(Création, Remont, adjonction)				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

Visa et carnet du praticien

Visa et carnet de l'assuré



W18-384578

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 6826

Nom & Prénom KARTI EL MUSTAFA

Fonction : RETRAITE Phone : 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 1274,61

PHARMACIE Date 28/03/19

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

ANALYSES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

PC IM IV

KT

CACHO

RECEPTE

RECEPTE



وصفة
ORDONNANCE

Le 28/03/2019

Routmine Aicha

13,20

Al Alyk 4g



دبلوماسي ابن تيمية
PHARMACIE IBN TAYMIA
FOULOUS Abderrahim
Docteur en Pharmacie
n° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf
Casablanca
tél 0522 33 52 25





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		UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE	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 :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENT SOIXANTE QUATORZE DHS ET SOIXANTE ET UN CENTIMES				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						

