

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>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
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 14/0032175

DATE DE DEPOT

22 / 04 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT				Mle 2023
Nom & Prénom		ZERAM Abdelhakim		
Fonction		Retraité		
Phones		0624034332		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Hemodialyse				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
Cs		Contact		
PHARMACIE	Date			
Montant de la facture	681.00			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES				
Date				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
CACHET MUPRAS				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
				22 AVR. 2019
				ACCUEIL

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز

Centre de Nephrologie Hemodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلى
و تصفية الدم

Berrechid le : 19/04/18

Bettoui FATIMA

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



581,00

Novomix 30 Flexpen inj (SV)

1 Boite

100,00

Aiguilles

1 Bte



681,00

Centre d'Hémodialyse Ouled Hriz
Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie Hémodialyse
85 Lotissement Ouled Hriz - Berrechid