

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					
					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>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>12 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	12 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	Montant des soins Date du devis Fin d'exécution	
D	H									
12 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
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		Mme 2023	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom		ZER AAL AL ADEERA MIM		
Fonction		Retraite	Phones 0624034332	
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient Bettoui FAIHA			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age				
Nature de la maladie Hemodialyse				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Cs		Oral	681.00	
PHARMACIE		Date 19/4/18		
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 22 AVR 2019		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

CACHET MUPRAS

ACCUEIL

مركز لأمراض الكلية وتصفية الدم لأولاد حريز
Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلية
و تصفية الدم

Berrechid le : 19/04/18

Bettoui FATIMA

NovoMix® 30 FlexPen®
1000U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH
8-9674-73-270-1
6 118001 121298

581,00

NovoMix 30 Flexpen im SV

1 Bte

100,00

Aiguilles 1 Bte

SV SP

681,00

Centre d'Hémodialyse Ouled Hriz
Spécialiste en Néphrologie et Hémodialyse
85 Lottissement Ouled Hriz - Berrechid