

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
 Le patient doit fournir une facture.
 Il doit 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																				
				Coefficient des travaux																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins																				
	<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			Date du devis
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Fin de																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																								

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



W18-352810

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2942

Nom & Prénom DBALI ABDESSAMID

Fonction : R

Phones. 067161944

Mail

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐

Age

Date 22/04/19

Date 1ère visite

Nature de la maladie

Vaccination

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

c

01

Cash

Signature de
le Praticien
Dr. N. DEBSI
Infirmier Pasteur Maroc

PHARMACIE

Date 22/04/19

Montant de la facture

448,11

Signature et
cachet du
Praticien
Dr. N. DEBSI
VACCINATION
Ministère de la Santé

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

ANALYSES MEDICAUX

Date

Nombre

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

CACHET

22 AVR. 2019

CACHET
ACCUEIL

MUPRAS



معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360
Tél: +212 (0) 522 43 44 50 / 63 - Fax: +212 (0) 522 26 09 57
E-mail : pasteur@pasteur.ma - Web : www.pasteur.ma
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Date	Code client
22/04/2019	W62352

Facture : FC/MED / 2019-021484

SENHAJ

ZOHRA

Mode de règlement : Espèces

Préstation	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Prix HT
Vaccination anti-méningite ACYW	1,00	375,70	0,00	375,70
Acte Vaccinal	1,00	4,67	0,00	4,67
Certificat Vaccinal	1	37,38	0,00	37,38
Total HT				417,75
Montant TVA(7%)				29,24
Frais timbre(0.25%)				1,12
Total TTC				448,11



IP

IF:01085828

PATENTE:36340200 ICE:001594848000023