

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 | | | | | | | | |
|---|---------------|--|--|-------------|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
| DROITE | GAUCHE | | | | Montant des soins | | | | | | | | |
| HAUT | | | | | | | | | | | | | |
| BAS | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | |
| | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">D</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>35533411</td> </tr> </table> | | H | D | 25533412 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 35533411 | G | |
| H | D | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 35533411 | | | | | | | | | | | | |
| | | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | |



W18-367996

DATE DE DEPOT

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

| | | | |
|---|--|--|-------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mme 1530 | Signature de l'adhérent |
| Nom & Prénom : DICTA BIR | | | |
| Fonction : Retraite | Phones : 0692 604 893 | | |
| Mail : | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient : Dr. Dr. Tammam | | |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input checked="" type="checkbox"/> | Age : 30 |
| Nature de la maladie : Angine de poitrine | | Date 1ère visite : 10-05-2019 | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| | 1 | 200 DH | |
| PHARMACIE | Date : 29/03/2019 | | |
| Montant de la facture | | 250,- | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date : | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date : | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |
| CACHET | | | |
| CACHET | | | |



El Jadida le : 29 mars 2019.....

Mme KHAIFI TOURIYA

DEXAFREE COLLYRE

puis 1 goutte 5 fois par jour pendant 7 jours
puis 1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours
puis 1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours

THEALOSE

1 goutte 4 fois par jour et à la demande

STERDEX PDE

1 application le soir, 8 jours

les deux yeux

PHARMACIE HAY AL MATAH
Dr. BELABBES Mohammed
3, Imm 6, Lot. Zahrat Jadida
Dyar Al Mansour El Jadida
Tél: 05 23 35 12 66

Dr Fatima FETTAHI
OPHTHALMOLOGISTE
Av des FAR 1er Etage Yasmine "C"
Appart 3
Tél: 05 23 37 14 54 - EL JADIDA

6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

4 H42 2017
10 2020

Lot/Fab / EXP



STERDEX pommeade ophthalmique
Dexamethasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH

6 118001 100378

Enreg. MA : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ
338R1/17 DMP/21/NRQ رقم التسجيل بالمغرب

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

22986

PPC : 147.00 DH

LOT
215366
2020 02