

# 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										
				<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b>
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			<b>Date du devis</b>											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Fin de</b>											



W18-401769

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3126
Nom & Prénom <u>Nouji Mohammed</u>		
Fonction : <u>retraite</u>	Phones <u>660993789</u>	
Mail .....		
<b>MEDECIN</b>		
Prénom du patient <u>Oumati Rabia</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>16.04.51</u>	Date .....
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
<b>PHARMACIE</b>		
Date <u>16/4/19</u>		
Montant de la facture		
<u>429,00</u>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date : .....		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date : .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

PHARMACIE PARACIMA INARA  
 HAMID MAZZAZ  
 PHARMACIEN  
 14000 AV 2 MARSEILLES AIN CHOCK N° 56  
 TEL: 05 22 12 12 12 - CASABLANCA

MUPRAS  
 21 MAI 2019

CLINIQUE DE L'OEIL



مصحة العين

Casablanca, Le

16/04/2019

550 Bd AL ROSS INARA  
Casablanca 20190  
Tél: 0522 86 46 18 / 20  
M. LA HA CHIM INARA  
Pharmacie & Para ACIMA INARA

OLMATI - RASBA

PHARMACIE & PARA ACIMA INARA  
HAMID HAZZAZ  
PHARMACIEN  
ACIMA INARA AV 2 MARS AN CHOCK N° 86  
Casablanca

1/ Ziopran  
320,00  
goutte 10 le soir pte 3mon  
ezza



**ZIOPATAN™ 15µg/ml**  
Collyre en récipient unidose  
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.  
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura - Maroc

109,00  
2/ Xildel (7ml)  
429,00

31/ 320,00

goutte x 4/10 pte 3mon

PPC 109,00 DH

Lot 290718

202107

3/ Expiu  
goutte x 4/10 pte 10 jor

PHARMACIE & PARA ACIMA INARA  
HAMID HAZZAZ  
PHARMACIEN  
ACIMA INARA AV 2 MARS AN CHOCK N° 86  
Casablanca

WAYNE Karim  
Ophthalmologie  
06 657 909 80