

## 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													
				<b>Coefficient des travaux</b>												
				<b>Montant des soins</b>												
				<b>Début d'exécution</b>												
				<b>Fin d'exécution</b>												
<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> <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		<b>Montant des soins</b>
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>													
			<b>Fin d'exécution</b>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



P 17 / 0062946

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 3 19 17
Nom & Prénom <b>ADMANI ADINA</b>			
Fonction <b>RETRAITE</b>		Phones <b>0665169025</b>	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date (0) / 06 / 19	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<b>Coro-scélète</b>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date 01/06/2019	
Montant de la facture		16840	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CACHET

CACHET

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 512842	N° SEJOUR : 190035976	<b>FACTURE N° 1905024715</b>		DATE D'ENTREE : 01/06/2019		DATE DE SORTIE : 01/06/2019				
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>ADNANI,Amina</b>						
MALADE : ADNANI,Amina		UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				17.58					0.00	17.58
FOURNITURES MEDICALES				4.80					0.00	4.80

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	149.88					149.88
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUARANTE NEUF DHS ET QUATRE-VINGT HUIT CENTIMES	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
	RESTE DU:	149.88					
DATE FACTURE : 01/06/2019	EDITEE LE : 01/06/2019	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef		
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31		





المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



LOT 15.00  
EXP 190093 1  
PPV 01 2021  
15.00



مصلحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف  
DERB GHALLEF

54.60

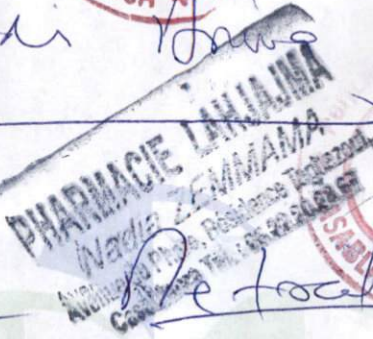
49.40

49.40

77

Donner

Donner



5460

De total

(4940 x 2)

15/11/21

Colher



1800

202 2/11/21

Monsieur

Laurent



Dr. Youssef YAOUBI  
Medecin Généraliste

16840

150 3/11/21

زقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05