

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	
DROITE	11 21 12 13 14 15 16 17 18 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32	22 23 24 25 26 27 28	GAUCHE			
HAUT					Montant des soins	
BAS					Début d'exécution	
					Fin d'exécution	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux	
DROITE	11 21 12 13 14 15 16 17 18 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32	22 23 24 25 26 27 28	GAUCHE	H 25533412 00000000 00000000 35533411 21433552 00000000 00000000 11433553	G	
HAUT					Montant des soins	
BAS					Date du devis	
					Fin d'exécution	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession						



P 14 /0005542

DATE DE DEPOT

1 / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 975	Signature et RECEPTION de l'adhérent
Nom & Prénom HAFIARY Fatima			
Fonction Rehdaitee	Phones 0521184946		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient HAFIARY FATIMA		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 13/5/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite + 22/05/19	
Crampes dyspepsie indolente + diarrées			
S'agit-il d'un accident? Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
VD	1	1500 DH	
PHARMACIE	Date 22-05-19	Signature et RECEPTION de l'adhérent	
Montant de la facture		17 JUIN 2019 498 Fc ACCUEIL	
		PHARMACIE EL MANAR CASA S.A.R.L. A.U. 48, Avenue Maha Ben Berka Bourgogne CASABLANCA	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
14.05.19	31900	25610	
CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA Dr. Hicham OUAZZAN TOUHANI 394, Bd Zerkoum 27 48 96 Casablanca Tel: 05 22 27 48 96 Fax: 05 22 27		Signature et RECEPTION de l'adhérent	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			
CACHET			

