

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



P 14 / 0012899

DATE DE DEPOT  
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 920	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom			ABDELHAFID	
Fonction		Retraité	Phones 0675964457	
Mail			hmd.abdelhafid@yahoo.fr	
MEDECIN		Prénom du patient		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 10/06/19		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite		
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires 300,00				
PHARMACIE		Date		
Montant de la facture		Signature et cachet du pharmacien		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	CACHET

Casablanca, le 10/06/2009

Le Docteur .....

Prie M. *Abdelhak ASOUAFIO*

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires  
Pour .....

*Consulte* *général*

S'élevant à la somme de *CC* *300,00* Dhs

Dr. Abdelhak ASOUAFIO  
Boulevard de l'Indépendance  
Avenue de la Casablanca  
Clinique Océan  
198, Bd. Chahidi  
Tél: 0512 9942 40



CL Beausejour

cm kg

AGE=

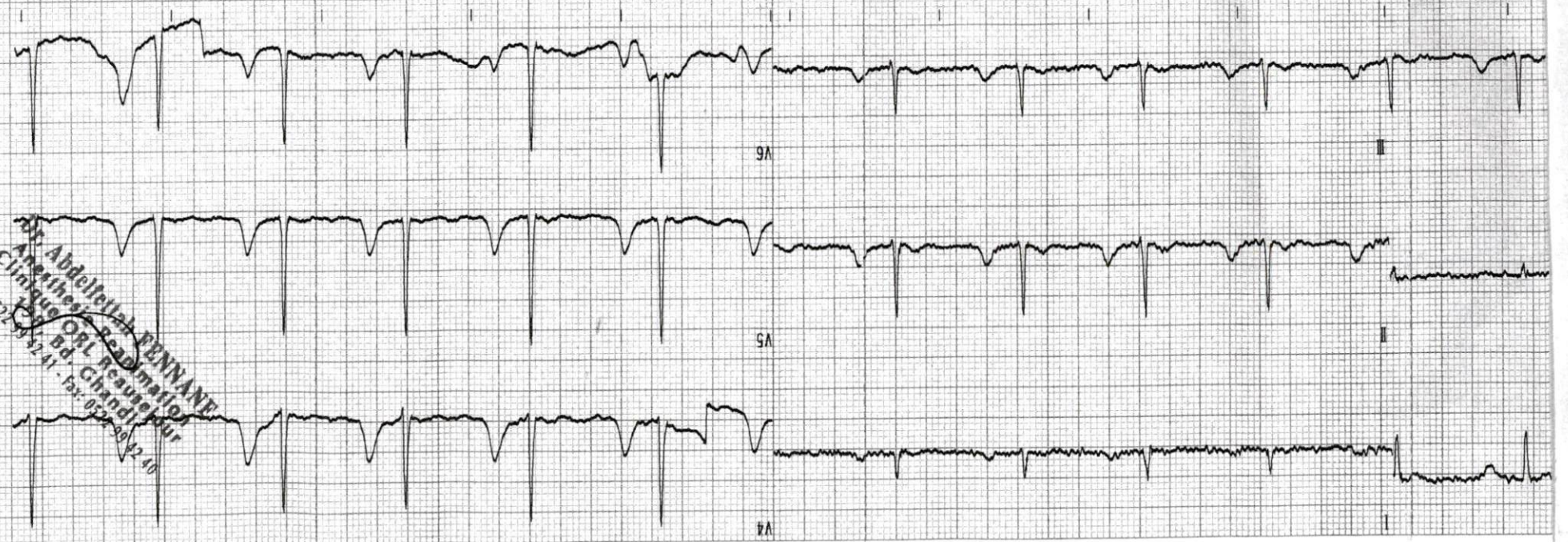
/ mmHg

CL Beausejour

cm kg

AGE=

/ mmHg



Dr. Abdelkader BENNANE  
Anesthésiste Réanimateur  
Clinique ORL Beausejour  
Tél: 052 20 42 41 - Fax: 052 20 42 40

Abdelkader BENNANE  
10/06/99



