

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des | |
|---------------------------------------|--------|--|--|--|--|--|
| DROITE | GAUCHE | | | | <input type="button" value="Montant des soins"/> | <input type="button" value="Début d'exécution"/> |
| HAUT | | | | | <input type="button" value="Fin d'exécution"/> | <input type="button" value="Coefficient des travaux"/> |
| BAS | | | | | <input type="button" value="Montant des soins"/> | <input type="button" value="Date du devis"/> |
| | | | | | <input type="button" value="Fin de"/> | <input type="button" value="Montant des soins"/> |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | | |
| DROITE | GAUCHE | H | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | | |
| D | G | | | | | |
| | | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |

Visa et cachet du praticien
sur le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



W18-393167

DATE DE DEPOT

/ / 201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 02 740

Signature de
l'adhérent

Nom & Prénom ELYOUSSEB BOUSSAFI

Signature de

Fonction DENTISTE Phones 0665324344

18 JUIN 2019

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

FETHIA T. BOUSSAFI

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date 23/6/19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Sciatique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Cr

Gr

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

264,40

PHARMACIE AN-NA
SIDI ABDELLAH
Passafa Immeuble N°4A
Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 93 46 33

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

CACHET

Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue - Spécialiste
des Maladies des Os et Articulations



الدكتورة هدى بن عبد الجليل

اختصاصية في

أمراض العظام والمقابل

Casablanca, le 21/4/19

Type Seguit el Youssfi

Nesha

$2 \times 37,00$

1) Duosal

1 op < 3 l/j

1S

49,40

2) Esac 20

1S

1 gel 1 j

82,00

3) I索x 200

1S

1 gel 1 j

59,00

Consultation sur rendez-vous

Cabinet : Angle Route d'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane
Appt N° 3 - 3ème Etage - Tél. : 05 22 89 38 88 / 95 - e-mail : ibn

095618 12/23
PPV: 37DH00

095618 12/23
PPV: 37DH00

49 40

11 0 0
11 2 1
82 HOD

PPC: 59,00 DH
CB00029
EXP: 09/2020

264,45
nume
000.fr
Inay