

## 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>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D 00000000	00000000			35533411	11433553			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H		G																				
	25533412	21433552																					
00000000	00000000																						
D 00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<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</b> attestant le devis		<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant l'exécution																					



P 17 / 0062544

DATE DE DEPOT

18 / 06 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 1771
Nom & Prénom <b>ELMOUTARAJI AHMED</b>			
Fonction		Phones <b>0666031361</b>	
Mail <b>Village eleroua Bloc A - No 24 eleroua</b>			
MEDECIN	Prénom du patient <b>ELMOUTARAJI Ahmed</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date
<b>hugo aïga</b>			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<b>Dr. BOUTALEB Khalid</b> 30, Bd. du 11 Janvier Lot. Chabab DEROUA - Tél: 06 44 71 29 91			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>C</b>	<b>C</b>	<b>13014</b>	
PHARMACIE	Date <b>04/06/19</b>		
Montant de la facture	<b>151,0</b>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>CACHET</b>			
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date
Nombre AM PC IM IV			Montant détaillé des Honoraires
			<b>CACHET</b>

# Docteur BOUTALEB Khalid

Médecine Générale  
Médecine du Travail de la  
Faculté de Médecine PARIS  
Expert Assermenté près les Tribunaux  
Electrocardiogramme  
Médecin Agrée pour le Permis de Conduire



# الدكتور بوطaleb خالد

الطب العام  
اختصاصي في طب الشغل من كلية  
الطب بباريس  
خبير محلف لدى المحاكم  
تخطيط القلب  
الشهادة الطبية لرخصة السياقة

DEROUA, LE : 04/06/28 ..... الدروة في :

MR EL MOUTARRIZ Amed

51,00

Melican

PHARMACIE DEROUA  
EL HAÏK FOUAD  
PHARMACIEN  
46 - Centre Commercial Droua  
Tél : 0522 53 21 77 / Fax 0522 53 25 10

49,40

21

Gold

28,80

31

Vitamine

21,80

Mr Aghlik

Trache

151,00

54,00

49,40

28,80

PPV  
LOT  
PER

PPV 21DH80  
EXP 03/20  
LOT 184027

Dr. BOUTALEB Khalid  
30, Bd. du 11 Janvier Lot. Chabab  
DEROUA - Tél : 05 44 71 29 91

06 44 71 29 91 : الهاتف - الدروة - الشعيبي خديجة - الدروة - الشباب (قرب البنك الشعبي خديجة) - الدروة - الشباب (قرب البنك الشعبي خديجة)  
30 Boulevard du 11 Janvier, Lot Chabab - Deroua ( En face de la Banque Populaire )  
Tél. : 05 22 51 50 01 - 06 44 71 29 91 - E-mail : dr.boutaleb@hotmail.fr