

# 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>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession															
		<b>Montant des soins</b>													
		<b>Date du devis</b>													
		<b>Fin d'exécution</b>													

Signature de l'adhérent	visa et cachet du praticien attestant l'exécution
-------------------------	---

P 17 / 0066705

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 11053		Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		SAHBANI KHALID		
Fonction	chf. Dénale	Phones	0663538767	
Mail				
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient			SAHBANI ALAE
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	13 ans
Nature de la maladie		Vaccination		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
	Se	Gradat		
<b>PHARMACIE</b>	Date		17 JUN 2019	
Montant de la facture		590,10		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
		10 JUN 2019		
		ACCUEIL SIEGE RAV		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date		CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
				CACHET

Docteur Mina OUMILIL

Professeur en Pédiatrie

Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب والصيدلة

بالبيضاء

Casablanca le ..... 17 JUN 2019 ..... في الدار البيضاء

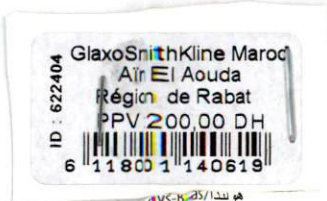
Sahbani Alaï

200 Floux  
1 dose



390,10 Varivax

1 dose



BENZIT NATURAL  
Route Achemour  
Ouled Azoua - Da  
CASABLANCA  
Tél: 06 72 41 88 45

Docteur Mina OUMILIL  
Professeur en Pédiatrie - Pédiatre  
250, Bd. Abdelmoumen 1er Etage  
rés. Abrages Abdelmoumen Casa  
Tél: 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27  
Tél/Fax: 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27  
Gsm: 06 61 14 74 41

pas de Consultation Samedi Matin

250, Bd Abdelmoumen - Résidence Abrages Abdelmoumen - 1<sup>er</sup> Etage

(entre Bd. My Idriss 1er & Bd. Anoual) - Tél./Fax : 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27

E-mail : oumilmina@gmail.com / minaoumlil@hotmail.fr - Urgence GSM : 06 61 14 74 41