

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



P 17/0059568

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 01963
Nom & Prénom <u>AKIL AHMED</u>			Signature de l'adhérent
Fonction <u>RETRAITÉ</u>		Phones <u>0522 744 54</u>	
Mail <u>HAY TARIK Rue 32 N°5 - BERNARD</u>			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Ahmed</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>21/06/19</u>
Nature de la maladie			Date 1ère visite <u>24/06/19</u>
S'agit-il d'un accident : Causes <u>Hyperlipidémie</u> et <u>Diabète</u>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>ca</u>	<u>ca</u>	<u>15000</u>	
PHARMACIE	Date <u>26/6/19</u>		
Montant de la facture <u>49890</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

الدكتور عبد السلام التازي إبنو توزي

Docteur Abdeslam TAZI IBNOU TOUZI

Diplômé en Echographie Générale
de l'Université René Descartes de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

MÉDECINE GÉNÉRALE

حائز على دبلوم الفحص العام بالصدى
(التلفزة) من جامعة باريس

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات باريس

الطب العام

Casablanca le 24/06/19 : الدار البيضاء في



Ahmed

4377
Coversyl (14.590 + 3)

50.60
Bfob

49890
Delestrop
Mecor de de

(0) 522 624 100 : الهاتف - الدار البيضاء - الحي المحمدي - الطبقي الأول - Hay Al Madrassa Rue 16 N° 2, 1er Etage, Hay Mohammadi Casablanca - Tél.: (0) 522 624 100

Av. « C » Hay Al Madrassa Rue N° 16 N° 2, 1er Etage, Hay Mohammadi Casablanca - Tél.: (0) 522 624 100

09'01 ~~10'60~~

09'05

PPV
LOT
PER

~~10'60~~

12'5'90 x 3