

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
	22	OBSTURACI		Montant des soins 100.000
	21	OBSTURACI		
				Début d'exécution 8-5-19
				Fin d'exécution 8-5-19

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	Montant des soins
	H													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														
		Date du devis 												
		Fin d'exécution 												

CLIDEN
CLINICA DENTAL
Ginzio de Limia 32 B
Bº del Pilar Tel. 730 12 77
N.I.F.: E-80238843



P 17/0058407

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1444	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom NAZIH AHMED			
Fonction Retraité	Phones		
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient MONICA TEIXEIRA NAZIH		
Adhérent ☐	Conjoint ☒	Enfant ☐	Age
Nature de la maladie			Date 8-5-2019
			Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature et cachet du médecin
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	

PHARMACIE	Date	Signature et cachet du pharmacien
Montant de la facture		
MUPRAS 08 JUL 2019 ACCUEIL		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date	CACHET
Nombre AM PC IM IV				Montant détaillé des Honoraires	

CLi·den

Clínica dental
C/ GINZO DE LIMIA 32 Bº, MADRID 28029

TEL: 917301277 – 616842505 NIF:E-80238843

Madrid a 8 de Mayo de 2019

FACTURA Nº:201/19

NOMBRE: Monica Teixeira DNI Nº 50887492S

DOMICILIO: Monforte de Lemos 81, Madrid 28029

Tratamiento	Unidad	Total
Tratamiento de rehabilitación mediante composite en piezas Nº 22 y 21.....	50,00€.....	100,00€

TOTAL: 100,00€



Estos precios están exentos del Impuesto sobre el valor añadido según Ley 37/92 del IVA

En cumplimiento con el Reglamento Europeo de Protección de Datos, 2016/679 (en adelante RGPD) y demás Legislación vigente, CLI-DEN le informa que sus datos de carácter personal figuran inscritos en nuestro Registro de Actividades, titularidad de CLI-DEN C.B. y que serán tratados por ésta de acuerdo a la Legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, con la finalidad de mantenimiento y cumplimiento de las relaciones existentes. Los datos serán conservados mientras dure la relación que motivó su recogida, o durante los plazos legales para mantener la información. Para ejercitar los Derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento de sus datos, deberán dirigirse a CLI-DEN con dirección en c/ Ginzo de Limia 32,Bº, Madrid 28029, España, mediante comunicación por escrito, o e-mail a la dirección: clidenmadrid@gmail.com