

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 1483	
Nom & Prénom <u>ABDELHOUTI ABASS</u>				
Fonction <u>RETRAITE</u>	Phones <u>0665765988</u>			
Mail <u>adnab.1946@gmail.com</u>				
MEDECIN	Prénom du patient <u>ABDELHOUTI ABASS</u>			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<u>Affection cutanée</u>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<u>CS</u>	<u>1</u>	<u>300,000M</u>		
PHARMACIE	Date <u>08/07/19</u>			
Montant de la facture				
<u>45.20</u>				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date	
Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM		IV
				CACHET

## CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Dermatologie Esthétique  
Laser Dermatologique

**Docteur Samira MANSOURI**  
**DERMATOLOGUE**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris  
Membre de la Société Française de Dermatologie

الدكتورة سميرة منصوري

خريجة كلية الطب بباريس  
اختصاصية  
في أمراض و جراحة الجلد

د 0 81071 2010

AG DEL noum M. DRES

mycoster Crème

45,20

25/10

158



PHARMACIE OULMES  
LAKHACHAKIMA  
ANGEL BO CHANDI ET  
YEL MANSOUR 360806

SAMIRA MANSOURI  
DERMATOLOGUE  
17, boulevard Bir Anzarane  
CASABLANCA  
Tél. 022 98 49 70