

## 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></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	00000000		21433552	00000000	D 00000000	35533411		00000000	11433553		<b>Montant des soins</b>
	H			G															
	25533412	00000000		21433552	00000000														
D 00000000	35533411		00000000	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																	



P 14/0039479

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 8962	
Nom & Prénom			ABDELWADEH JAMANE	
Fonction			CDB	Phones
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
<p>Syndrôme de la charnière dorso lombaire</p>				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
consultation			3000DH	
PHARMACIE		Date		
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	