

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G			
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
(Création, Remont, adjonction)																
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																



W18-399869

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12542						
Nom & Prénom <u>Baouchi Fad</u>		<u>ft</u>						
Fonction : <u>DR</u>	Phones <u>06 450 18932</u>							
Mail <u>fbouchi@royalairmaroc.com</u>								
MEDECIN								
Prénom du patient								
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>						
Age <u>3 an</u>		Date <u>27/04/19</u>						
Nature de la maladie		Date 1ère visite						
<u>douleur abdominales récurrentes</u>								
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td><u>25/04/19</u></td> <td><u>C2</u></td> <td><u>300,00</u></td> </tr> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>25/04/19</u>	<u>C2</u>	<u>300,00</u>
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
<u>25/04/19</u>	<u>C2</u>	<u>300,00</u>						
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						

