

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										
				Coefficient des travaux										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins										
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Date du devis
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Fin de											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



W18-403844

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 1360
Nom & Prénom		MOUSSAFIR Alderachin	
Fonction	Rétirée		
Phones	0670865561		
Mail			
Signature de l'adhérent			
Signature de l'adhérent			
MEDECIN			
Prénom du patient			
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age
Nature de la maladie			Date
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	
Date 20/07/19			
Montant de la facture 4200			
PHARMACIE			
Date			
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Date			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date			
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV



Distribué sous licence
LAPROPHAN S.A.
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 42DH00

صيدلية الغف
MACIE GHOFRAË

الزنفعة 2 الرقم 116 بلوك «س» حي القدس سيدي البرنوصي - الهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيم

me HRIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلي
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

MOUSSAFIR Abdurrahman

Casa, le 28/07/19

FACTURE N° 008154

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
glucose no 125	1	4250	4250

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

Signature

Cachet