

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

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien



W18-403828

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1360	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		MOUSSA Fir Abdelhak	
Fonction	Retraite	Phones 06 7865561	
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐	Age	Date	
Nature de la maladie		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 03/07/19	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture	42,00	
PHARMACIE CHOFRANE Dr. HIRIOU LAILA Rue 2 N° 116 Bloc (C) Quartier Al Qods Sidi Bernoussi		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

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

Glucovance 500 mg/2,5 mg
comprimé pelliculé
30 comprimés pelliculés

صيدلية الغفران PHARMACIE GHOFRANE

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

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



السيدة أهريوة ليلي
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

Noussafir Abdelattin

Casa, le

03/07/19

FACTURE N° 009001

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
<i>Calcevalance</i> <i>500 12.5</i>	<i>1</i>	<i>42.00</i>	<i>42.00</i>
PHARMACIE GHOFRANE Dr. HRIOUA LAÏLA Rue 2-N° 116 BLOK «S» Quartier AL Quds, Sidi Brnuss Casablanca			

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

Signature

Cachet