

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/>										
				<input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/>										
				<input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		<input type="text"/> Date du devis <input type="text"/>
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> Fin de <input type="text"/>											

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



W18-356886

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	5018	
Nom & Prénom		M. SAROUTI Houday		
Fonction :		Phones 06.02.25.02.99		
Mail		abdesarouti@gmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age			Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Accident		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
Catelle		Dg		
PHARMACIE	Date		08/07/2019	
Montant de la facture	185,20			
PHARMACIE CHIFA M. TAHIRI HASSANI Hay Hassani - Casablanca tel: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 01		REVEAL SARI PHARMACIE CHIFA M. TAHIRI HASSANI 10 Ave. Afghanistan Hay Hassani - Casablanca TEL: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 01		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
	CACHET			
LIAISONS MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
PC	IM	IV		
			CACHET	

Dr. Abdelnaja SEDDIKI

NEUROCHIRURGIEN

Maladies et Chirurgie du Cerveau Crâne,
Colonne vertébrale (Enfant et Adulte)

Ex. Neurochirurgien Attaché
à l'Hôpital des Spécialités de Rabat
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Electro-encephalographie



الدكتور عبد الحفيظ الصديقي

أمراض وجراحة الدماغ، الجمجمة،
العمود الفقري، (الطفل والبالغ)

طبيب ملحق سابقا بمستشفى
الاختصاصات بالرباط

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

التخطيط الكهربائي للدماغ

Casablanca, le: 08/7/79 في: الدار البيضاء،

Mr Savanti Haman

92,60

Inexium 20

92,60

14/3/2009



REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M. TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04



Dr Abdelnaja SEDDIKI
NEUROCHIRURGIEN
3, Rue Addi Calavon, Quartier
des Hôpitaux, Rés. Al Karam,
RDC - Casablanca
Tél.: 0522 48 38 79

185,20

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M. TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

