

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 <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>															
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <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>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																			

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0031363	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0031363

DATE DE DEPOT

02 / 09 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle Bobe
Nom & Prénom		John Bobe
Fonction	Phonies	0700000000
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
A.L.		Arturo malade longue durée
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 28/08/19	
Montant de la facture	43,0	
PHARMACIE		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

PHARMACIE SARANAZ

140, LOT SMIRALDA LISSASFA BD ATLESS
CASABLANCA

CNSS :4948024 R.C :372877 PATENTE N°:36293239 I.F :20762985 TEL :0522 65.20.07 FAX : ICE :001844768000085

CASABLANCA Le:28/08/2019
FACTURE.....N°:1

Nom & Prénom :BOUYAMOURN MARSIL

QUANTITE	DESIGNATION	PPV	MONTANT	TVA
10	VENTOLINE	45.30	453.00	0
DONT TVA: 7 %:	0.00	TOTAL	:	453.00
DONT TVA: 20 %:	0.00			
TOTAL TVA :	0.00	MT NET	:	453.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
QUATRE CENT CIQUANTE TROIS Dirhams 00 Centimes

PHARMACIE SARANAZ
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tel: 0522 65 20 07

