

# 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	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>					
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire								
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 33.33%;"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 33.33%;">D</td> <td style="width: 33.33%;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="width: 33.33%;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<b>H</b>		D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
<b>H</b>										
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553								
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 33.33%;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 33.33%;">D</td> <td style="width: 33.33%;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="width: 33.33%;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table>				<b>G</b>		D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
<b>G</b>										
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553								

Vise et cachet du praticien  
afférent à ce soin

Vise et cachet du praticien

<p><b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b></p> <p>Mme <b>49,15</b></p> <p>Nom &amp; Prénom <b>KADIRI YAMINA</b></p> <p>Fonction : ..... Phones : .....</p> <p>Mail : .....</p>		<p><b>MEDECIN</b> Prénom du patient <b>KADIRI YAMINA</b></p> <p>Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age ..... Date ..... Date 1ère visite <b>26 JUIN 2019</b></p> <p>Nature de la maladie <b>C. L. E</b></p> <p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33.33%;">Nature des actes</td> <td style="width: 33.33%;">Nbre de Coefficient</td> <td style="width: 33.33%;">Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>C3</b></td> <td style="text-align: center;"><b>300,000H</b></td> </tr> </table>		Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		<b>C3</b>	<b>300,000H</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 100%;"><b>PHARMACIE</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px; vertical-align: top;">Date ..... Montant de la facture</td> </tr> </table>	<b>PHARMACIE</b>		Date ..... Montant de la facture	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires										
	<b>C3</b>	<b>300,000H</b>										
<b>PHARMACIE</b>												
Date ..... Montant de la facture												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 100%;"><b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px; vertical-align: top;">Date : ..... Désignation des Coefficients</td> </tr> </table>		<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : ..... Désignation des Coefficients		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 100%;"><b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px; vertical-align: top;">Date : ..... Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> </table>	<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : ..... Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>												
Date : ..... Désignation des Coefficients												
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>												
Date : ..... Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires												

Professeur MATHIAS  
N°115151  
Rond Point Taxis  
2ème Etage 30000 Casablanca  
Tel: 0522 23 00 00  
ICE: 002 3700309058  
I.F: 15172713

MUPRAS 2019  
03 SEP  
ACCUEIL