

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												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G			Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
D 00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de													



W17-111707

DATE DE DEPOT

...../...../2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12561	
Nom & Prénom		BAOUTB MEHDI	
Fonction :	ORL	Phones :	0672576996
Mail		Blamadan@hotmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient M ^{re} AFIFI IBTISSAM	
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	25 ans
Nature de la maladie		Date	19/06/2019
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2	C2		209,30
PHARMACIE		Date 19/06/19	
Montant de la facture			
80,-			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
on des	Montant détaillé des Honoraires		
ents			
ES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
PC	IM	IV	

