

# 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																			
				<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			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																		
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
		H																				
	25533412		21433552																			
00000000		00000000																				
D		G																				
00000000		00000000																				
35533411		11433553																				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																			
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'ex																				



P 17 / 049610

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 5045												
Nom & Prénom		BENNANI KHLIL ABDELRAHMANI												
Fonction	RETRAITE	Phones 06 8923 7040												
Mail		Sam.bennani@gmail.com												
MEDECIN	Prénom du patient		ABDELRAHMANI											
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 67											
Nature de la maladie		Date												
MLI		Date 1ère visite												
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances														
Nature des actes		Nbre de Coefficient	<b>Signature et cachet du médecin</b> 											
		Montant détaillé des honoraires												
PHARMACIE	Date		07/09/19											
Montant de la facture	256,00													
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date												
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires													
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date												
<table border="1"> <tr> <td colspan="4">Nombre</td> </tr> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Nombre				AM	PC	IM	IV					Montant détaillé des Honoraires
Nombre														
AM	PC	IM	IV											

# PHARMACIE DES STADES

Le : 07/09/2019

50 RUE AL FOURAT CASABLANCA RC:245509

IF:40436642 CNSS:1776569

Tél : 05 22 25 49 25

Patente : 35873067 ICE001634052000076

## Facture N° 404 964 BENNANI ABDELGHANI

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	ZANIDIP 10 /28	2	128.00	256.00
1	Total	2		256.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
DEUX CENT CINQUANTE-SIX DIRHAMS

256.00

128,00

128,00

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 49 25  
C. : 245509 - Pte. : 35873067  
IF. : 40436642

21