

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 | Coefficient des | | | | | |
|--|--|---|------------------|-------------|--|--|---|---|--|--|
| | | | | | <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> | | | | | D | H | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 |
| D | H | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | | | | | | | | | |
| | | <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel Démontage et adjonction à la prothèse</p> <p>19 SEP. 2019</p> | | | | | | | | |
| Accueil Siège/Ram | | | | | | | | | | |



W18-390125

DATE DE DEPOT

19/09/2019

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mie 18516 | | | | | | | | |
|---|----|---|----|----|----|--|--|--|--|--|
| Nom & Prénom ADMARI SOUFIANE | | | | | | | | | | |
| Fonction : CONTRANDANT Phones 0661242501 | | | | | | | | | | |
| Mail PL.romesau@gmail.com | | | | | | | | | | |
| MEDECIN <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Nature de la maladie <input type="checkbox"/> Date 1ère visite | | Adriane Soufane | | | | | | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <p><i>Affect de</i></p> | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nature des actes <input type="checkbox"/> Nbre de Coefficient <input type="checkbox"/> Montant détaillé des honoraires C0 24000 | | <i>Dr. M. S. Soudani</i> <i>Chirurgie Plastique Esthétique</i> <i>Chirurgie Faciale Clinique</i> <i>Tram 60 23 24 05</i> | | | | | | | | |
| PHARMACIE <input type="checkbox"/> Date <input type="checkbox"/> Montant de la facture | | | | | | | | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES <input type="checkbox"/> Désignation des Coefficients <input type="checkbox"/> Montant détaillé des Honoraires | | | | | | | | | | |
| AUXILLIAIRES MEDICAUX <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Montant détaillé des Honoraires <table border="1"> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | AM | PC | IM | IV | | | | | |
| AM | PC | IM | IV | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |