

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								
				 Montant des soins 								
				Début d'exécution 								
				Fin d'exécution 								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	H			D30 Montant des soins 4252,- Date du devis Fin de 								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												
<i>Traitement ODF multi</i> <i>30 OCT 2016</i> <i>2ème semestre</i>												
Accueil DR BENJELLOUN Samir Médecin Dentiste 295, Bd Abdelmoumen - Casa												

6801

CA

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	
Nom & Prenom		LACIOU 8844	
Fonction	CCP	Phones	0665407289.
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient CHAFIKI SOPHIA.	
Adherent	☐ Conjoint ☐ Enfant ☒	Age	16 ans
Date		17/10/19.	
Nature de la maladie		Malocclusion Dentaire	
Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Traitement ODF Multi-Attaches 56 Semestre		D90	#4252,- Dh
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
RES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
PC	IM	IV	



Centre Dentaire
ABDELMOUMEN

Casablanca, le 17/10/2019

ICE: 001659583000021

Nom : CHAFIKI
Prénom : Sophia
Âge : 16 ans et 1 mois

NOTE D'HONORAIRE

Date	Désignation	Valeur
17/10/2019	Traitement ODF multi attaches 5ème semestre	4252 DH
Total		4252 DH

Dr. BENJELLOUN Samia
Médecin Dentiste
295, Bd Abdelmoumen - Casa
Tél: 0522.86.37.00

