

# 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							
 DROITE: 11, 21, 12, 22, 13, 23, 14, 24, 15, 25, 16, 26, 17, 27, 18, 28 GAUCHE: 22, 11, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28 HAUT: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 BAS: 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33											
					<b>Coefficient des travaux</b>						
					<b>Montant des soins</b>						
					<b>Début d'exécution</b>						
					<b>Fin d'exécution</b>						
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>						
 DROITE: 11, 21, 12, 22, 13, 23, 14, 24, 15, 25, 16, 26, 17, 27, 18, 28 GAUCHE: 22, 11, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28 HAUT: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 BAS: 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33		<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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		<b>Montant des soins</b>
D	H										
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										
G											
					<b>Date du devis</b>						
					<b>Fin d'exécution</b>						

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme ROUssi	Signature de l'adhérent		
Nom & Prénom: EL HADDAD MBAREK					
Fonction: Retraite	Phones: 0664591433				
Mail: secteur 4B Rue El Azahar N° 247 Salé					
MEDECIN	Prénom du patient: EL HADDAD MBAREK				
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age: 1925		
Nature de la maladie		Date: 04 MARS 2019			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Ghles			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
C3		300 dh			
PHARMACIE	Date: 04/03/19	PHARMACIE LA MAMORA			
Montant de la facture		Dr. Zakaria BENTAHAR Secteur 4, Imm. Atta Allah, N° 13 Salé, Tabriquet - Tel.: 0537 85 40 87			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: 17 AVR. 2019			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
MUPRAS		CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date: ACCUEIL			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		
				CACHET	

Docteur A. OUAMMOU

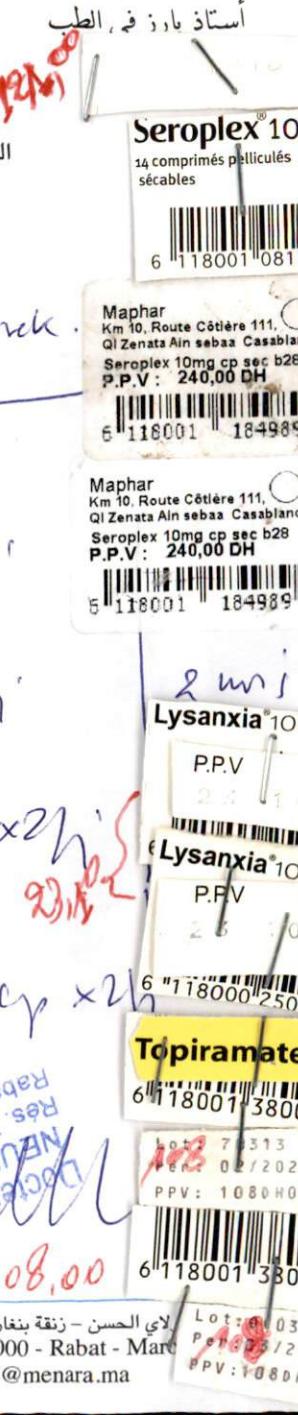
NEUROCHIRURGIEN

Professeur Agrégé de Médecine



Rabat, le 4 3 19 الرباط، في

21.30



Min el Hassad M brak.

$$21,30 \times 5 = 106,50$$

21,30 ANXIACAN : 2 cp x 2 h

PHARMACIE LA MAMORA

Dr. Zakaria BENTAFAR

Secteur 4, Imm. Atta Allah, N° 13

Salé - Tabriquet - Tél.: 0537 85 40 87

121,00 SEROPLEX 10 : 1 cp x 2 h

~~240,00 x 2 = 480,00~~

$$23,70 \times 2 = 47,40$$

LYSANXIA 10 : 1 cp x 2 h

$$108,00 \times 3 = 324,00$$

TOPIRAMATE 50G : 1 cp x 2 h

$$T = 1327,70$$



صيَّلَيْهِ المُعْمَدُوْرَة

PHARMACIE LA MAMORA

Dr. Zakaria BENTAFAR

Secteur 4, Imm. Atta Allah, N° 13

Salé, Tabriquet - Tél.: 0537 85 40 87

لاري الحسن - زنقة بنغازي - إقامة طرقية - الرباط - 10 000 - الهاتف: 05 37 705 992 - الفاكس: 05 37 706 489 - Avenue Moulay El Hassan - Rue Benghazi - Résidence Tarfaya - 10.000 - Rabat - Maroc  
Tél. : 05 37 705 992 - Fax : 05 37 706 489 - E-mail : ouammou@menara.ma

