

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																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins	
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de																						



W18-395436

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10186
Nom & Prénom		ALBERTA B. B. B.
Fonction :	Phones	066.126.6278
Mail		
MEDECIN Prénom du patient : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age : Date : 26 MARS 2019 Nature de la maladie : Date 1ère visite : S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : Nature des actes : Nbre de Coefficient : PHARMACIE : Date : Montant de la facture : 360.60 ANALYSES - RADIOGRAPHIES : Date : Désignation des Coefficients : Montant détaillé des Honoraires : AUXILIAIRES MEDICAUX : Date : Nombre : AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires :		



Professeur saad Benjelloun

Le 26/3/2019

Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue
Ancien Chef du Service d'Urologie
59 Bd Zerkouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél : 0522 88 01 12/13/14

M

Krim Dries

$180.30 \times 2 = 360.60$

Cavecyl



(20mg)

360.60

Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
Chirurgien Urologue
Ancien Chef du Service d'Urologie
59 Bd Zerkouni, Résidence les Fleurs
Tél : 0522 88 01 12/13/14 Casablanca



N°I.C.E :001638312000001

CAVERJECT 20µg/1ml
P.P.V : 180DH30
6 118001 170418
Laboratoires
Pfizer S.A.

CAVERJECT 20µg/1ml
P.P.V : 180DH30
6 118001 170418
Laboratoires
Pfizer S.A.
8
ISR

Casablanca le 26 mars 2019

MR KRIM DRISS

Écho Doppler Scrotum.

Les corps caverneux ne présentent pas d'anomalies particulières.

Après injection intra-caverneuse des PGE1 le flux systolique de l'artère caverneuse est normal.

Professeur saad Benjelloun


Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
Chirurgien Urologue
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12/13/14

N°I.C.E :001638312000001

FACTURE N°19032501

Casablanca, le 25.03.2019

Je soussigné, certifie que **MONSIEUR KRIM DRISS** a payé la somme de :

900.00 (NEUF CENT DIRHAMS) ESPECE

<u>Qté</u>	<u>présentation</u>	<u>Tarif unitaire</u>	<u>prix total</u>
1	CONSULTATION	300.00	300.00
1	ECHO DOPPLER	600.00	600.00
		<u>TOTAL</u>	900.00

CACHET
Centre d'Urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd Zerkouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél : 0522 88 01 12 / 13 / 14

