

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 travaux <input type="text"/>											
				Montant des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>													
		Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1502														
Nom & Prénom		HABID E Fermin														
Fonction	Retraité	Phones 0661132257														
Mail																
MEDECIN	Prénom du patient		Rachida HABID													
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age													
Nature de la maladie		Date														
Affection oculaire		Date 1ère visite														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Non.																
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
R		100,00 dh (CENT)														
PHARMACIE	Date		Signature et cachet du Pharmacien													
Montant de la facture																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date														
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						21/5/19
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

Docteur DAKIR Mohamed

OPHTALMOLOGISTE

Ancien Assistant du CHU de Gand

Membre Titulaire des Sociétés

Française et Belge d'Ophtalmologie



الدكتور دكير محمد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

عضو في الجمعية الفرنسية

والبليجية لأمراض العيون

Nom : NAKHILAOUI

Prénom : Rachida

20-03-2019

Lunettes
Verres Bonnetas de pro

OPC = + 3.50



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
OPHTALMOLOGISTE

434 شارع ابن تاشفين - حكم I - أمام أسيماء - البيضاء 20350

434, Bd. Ibn Tachfine - Hakam I - En face d'ACIMA - Casa 20350

Tél.: 05.22.63.55.88 - Fax : 05.22.62.14.65 - GSM : 06.60.60.41.31

نظارات الغروب

OPTIQUE EL GHOROUB

N° 0000811

Casablanca, le

21/05/2023

M :

NABH LAOUI DAHMIDA

N° de nomenclature :

Docteur :

DAHMIDA Mohamed

Monture :

catinque

Boyer

Verres :

organe pour Myope

Boyer

OD :

+3.50

V.L.

OG :

+3.50

OD :

V.P.

OG :

ADD :

Total :

18000

Arrêtée la présente facture à la somme du :

et dit

Sept Huit

124, Bloc EF derb sultan Casablanca

Patente N° 36611526 - R.C. : 242268