

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></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	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 <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>																				



P 14 / 0016568

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 2063																		
Nom & Prénom <u>Montaz Suir</u>																					
Fonction <u>RETE</u>	Phones																				
Mail <u>Tel 067112-7256</u>																					
MEDECIN	Prénom du patient																				
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age																		
Nature de la maladie			Date <u>08/06/19</u>																		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère Visite																		
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires <u>Chirurgie orale</u> <u>x 1</u> <u>150,00</u> <u>Chirurgie orale</u> <u>x 1</u> <u>103,00</u>																					
PHARMACIE	Date <u>08/06/19</u>																				
Montant de la facture																					
<u>625,80</u>																					
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 rowspan="2"> <u>625,80 + 250</u> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					<u>625,80 + 250</u>					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires																	
AM	PC	IM	IV																		
				<u>625,80 + 250</u>																	

Dr. Abdessami BENADADA

Médecine Générale

Diplôme Médecine du Sport

Diplôme Echographie Générale



الدكتور عبد السمیع بن اعدادة

الطب العام

دبلوم الطب الرياضي

دبلوم الفحص بالصدی

Mr. NOUAB LMOIR
Casablanca, le : 08/06/19

الربیضاء فی :

LOT: N-08-8
PER: 12-2021
PPV: 114,30DH

11430
Colimycine 150mg
2,5
1368
Aes 500g
150.7 x 2
Contiflo
203.30
Permixon
625.8

صيدلية حي مباركة
PHARMACIE MOUBARAKA
Wafaa BOUGHOU TALHI
Docteur En Pharmacie
6 Bloc 1 Hay Moubarka Bernoussi
Tél : 022 76 76 41 - Casablanca

136,80

CONTIFLO®

PPV: 109DH70

CONTIFLO®

PPV: 109DH70

153,30

Dr. Abdessami
Médecine Générale et du Sport
26, Moubarka Qods Sidi Bernoussi
Casablanca - tél : 0522 76 96 06

26، حي امبركة القدس سيدي البرنوصي البيضاء الهاتف : 05 22 73 96 06

26 Hay M'barka, Rue Nablos, El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 73 96 06

ORDONNANCE

Be Pui fach

casu , Le: 08/06/19

Dr. Abdessami BENADADA

Medecine Gle et du Sport

26. M. Moubarek Qods Sidi Bernoussi

Casablanca - tel : 05 22 73 96 06

NOTATA 2 lmi

Notif: Dys-

Eclogie renale a 1-100p

Cut db

7

Dr. Abdessami BENADADA

Medecine Gle et du Sport

26. Moubarek Qods Sidi Bernoussi

Casablanca - tel : 05 22 73 96 06