

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|--|--|
| | | | | | Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> | D | 25533412 00000000 | H | 21433552 00000000 | | 00000000 | | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | |
| D | 25533412 00000000 | H | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | |

17 / 06 / 2019

| | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 2572 | |
| Nom & Prénom: FEG HAMIDI BOUABID | | Fonction: Phones: 0674456542 | |
| Mail: | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient: MOUKHTAR NASSER | | |
| <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age: 59 | | Date: | |
| Nature de la maladie: | | Date 1ère visite: | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| 3 | | | 4000 DH |
| PHARMACIE | Date: 30/05/19 | | |
| Montant de la facture: 242,70 | | | |
| | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date: | | | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX Date: | | | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |
| CACHET | | | |
| CACHET | | | |

Docteur Aïcha EL MANSOURI

Professeur d'université
Professeur de Gynécologie
à la Faculté de Médecine de Casablanca
Gynécologue Obstétricienne
Spécialiste en Chirurgie Cancérologique
Gynécologique et Mammaire
sur Rendez-vous

الدكتورة عائشة المنصوري

أستاذة جامعية
أستاذة أمراض النساء سابقا
 بكلية الطب البيضاء
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
جراحة السرطان وأمراض الثدي

بالموعد

Casablanca, le 30/05/2019

Mme Moukhrif Ep Hamdi Najat

100,00

- gynodermofit 300



$$90,00 \times 2 = 180,00$$

- le parfum

10ml



10ml

do

x plus = 5

parfum

Docteur EL MANSOURI Aïcha
Pr. Universitaire
203, Bd. Zerktouni Rés. Ben Hani
Casablanca - Tél : 091058008

22.70

Bey culai

700x36 en cu



Docteur EL MANSOURI Aïcha

Pr. Universitaire
203, Bd. Zerktouni Rés. Ben Hani
Casablanca - Tél : 091058008

242.70

le Prurit

203, Résidence Ben Ham Bd. ZERKTOUNI - Casablanca - Tél. : 05 22 94.37.76 - Fax : 05 22 94 37 17

E-mail : elmansouri-gyne@hotmail.fr

En cas d'urgence Gsm : 06 76 68 70 47

Gyno-Dermofix®

Sertaconazole

11/3 ①

1 ovule - 300 mg

40,00

11/3 ①