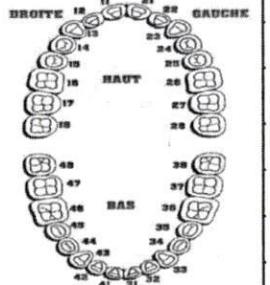
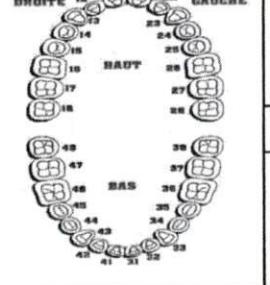


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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	Coefficient des soins Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de	
						
DROITE 12 11 21 22 13 14 23 24 15 16 25 26 17 18 27 28 19 20 29 30 43 44 31 32 45 46 33 34 47 48 35 36 49 50 37 38 51 52 39 40 53 54 41 42						
GAUCHE 23 22 11 21 24 25 12 13 26 27 14 15 28 29 16 17 29 30 18 19 31 32 13 14 33 34 15 16 35 36 17 18 37 38 19 20 39 40 21 22 41 42 23 24						
HAUT 10 11 21 22 11 12 23 24 13 14 25 26 15 16 27 28 17 18 29 30 43 44 31 32 45 46 33 34 47 48 35 36 49 50 37 38 51 52 39 40 53 54 41 42						
BAS 12 13 21 22 14 15 23 24 16 17 25 26 18 19 27 28 19 20 29 30 43 44 31 32 45 46 33 34 47 48 35 36 49 50 37 38 51 52 39 40 53 54 41 42						
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
		H	D	25533412 00000000 00000000 35533411		G
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession						
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution				



W18-393168

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 02740

Nom & Prénom ... **ELYOUSFI BOUCHAIB**

Fonction : **RETRAITÉ** Phones **0665324344**

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Rejouit Aeplyousfi nez

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date **17/4/19**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Socialisée

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C2

250,00

PHARMACIE

Date

17/4/19

Montant de la facture

219,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue - Spécialiste
des Maladies des Os et Articulations



الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
إختصاصية في
أمراض العظام والمفاصل

PHARMACIE IBN ABDELJALIL
Lot. Assala Im. Raffia
Oulja - Casablanca
Tél. 05 22 89 46 33

Casablanca, le

17/4/19

Zeguet

ep Yousfi

Negha

58.00

1) Sg. Solepseed 20



3 op/ij



✓ Tous

86.90



2) Esaac 20



1 gel/ij



2 x 37.00

3) Duxal

~~10 op x 3 ij~~

Consultation sur rendez-vous

0955618 12/23
PPV: 37DH00



Cabinet : Angle Route d'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane - Im.
Appt N° 3 - 3ème Etage - Tél. : 05 22 89 38 88 / 95 - e-mail : ibnab

houda@yahoo.fr