

# 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<br>Traitées | Nature<br>des soins | Coefficient | Coefficient des<br>travaux |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                   |                     |             | Montant des soins          |
|                 |                   |                     |             | Début d'exécution          |
|                 |                   |                     |             | Fin d'exécution            |
|                 |                   |                     |             |                            |

| O.D.F.<br>Prothèses dentaires                          | Détermination du coefficient<br>masticatoire |          | Coefficient<br>des travaux |
|--|--|----------|----------------------------|
|  | H  |          | Montant des soins          |
|  | 25533412                                     | 21433552 |                            |
|  | D 00000000                                   | 00000000 |                            |
|  | G 00000000                                   | 00000000 |                            |
|  | 35533411                                     | 11433553 |                            |
| (Création, Remont, adjonction)                         |  |          | Date du devis              |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |  |          | Fin de                     |

|  |                |                          |                 |
|--|----------------|--------------------------|-----------------|
| <b>VOLET ADHERENT</b>  |                | NOM : <u>HASSANI ALI</u> | Mle <u>5796</u> |
| DECLARATION N°   |                | W17-099744               |                 |
| Date de Dépôt  | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes   |                 |
|  |                |                          |                 |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois   |                |                          |                 |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                          |                 |

43,90



W17-099744

DATE DE DEPOT

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

|                                 |                         |                 |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b> |                         | Mle <u>5796</u> |
| Nom & Prénom <u>HASSANI ALI</u> |                         |                 |
| Fonction : <u>R</u>             | Phones <u>06680393A</u> |                 |
| Mail                            |                         |                 |

|  |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <b>MEDECIN</b>                               | Prénom du patient                 |                                 |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> |
| Age  | 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 |
|   |                     |                                 |

|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| <b>PHARMACIE</b>      | Date <u>12.06.2019</u> |
| Montant de la facture | <u>43,90</u>           |



|                                 |                                 |        |
|---------------------------------|---------------------------------|--------|
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> |                                 | Date : |
| Désignation des Coefficients    | Montant détaillé des Honoraires |        |
|                                 |                                 |        |

|                             |    |    |    |                                 |
|-----------------------------|----|----|----|---------------------------------|
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> |    |    |    | Date :                          |
| Nombre                      |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
| AM                          | PC | IM | IV |                                 |
|                             |    |    |    |                                 |

Facture N° 74

HASSANI Ali

| Quantité | Désignation | P.Unit. |
|----------|-------------|---------|
|----------|-------------|---------|

|    |         |     |
|----|---------|-----|
| 01 | apoth q | 163 |
|----|---------|-----|

|    |                 |       |
|----|-----------------|-------|
| 01 | Levothyrox 50µg | 13,40 |
|----|-----------------|-------|

|    |       |       |
|----|-------|-------|
| 01 | Gfalo | 14,20 |
|----|-------|-------|

43,90



Apétine®

Cynphedrine 4 mg

Boîte de 30 comprimés

PPV: 16,30 DH



611 800110201 3

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV 13,40 DH

NOVO PHARMA

332

LOT

MAR UT

PPV

22

14,20