

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

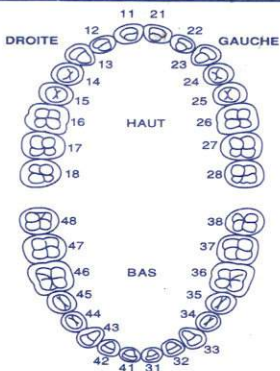
Coefficient

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution



O.D.F. Prothèses dentaires

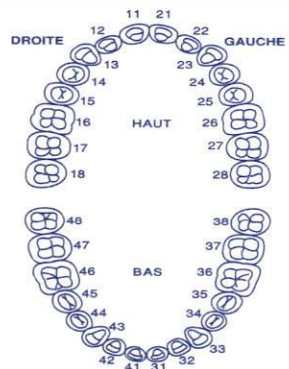
Détermination du coefficient
masticatoire

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(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



P.17/045961

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 8197

Nom & Prénom FATHI Mohamed

Fonction EX AGENT FONCT. Phones 06 73 26 28 16

Mail Fathi.19041964@gmail.com

Signature de l'adhérent
20 JUIN 2019

ACCUEIL

MEDECIN

Prénom du patient HIBA

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒ Age 2010

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

Signature et
cachet du
médecin

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date 01.06.2019

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

30 séances pour
mois à 10000 par séance (60000)

ORTHOPHONISTE

FACTURE

Période : du 01.04.2019 ou 30.05.2019

- Nom et prénom : HIBA FATIHI

- Assurance : MUPRS

- Date de naissance : 27.03.2010

- **30 séances de rééducation d'orthophonie** a raison 2 séance par semaine arrêtée a la somme de 6000 dh

Le présent facture est arrêtée a la somme De :6000dh

Signature

La présidente

جمعية جميعا مع الأشخاص في وضعية إعاقة
Association Ensemble avec Les personnes en
Situation De Handicap
06 28 61 55 18

ORTHOPHONISTE

La date : 01.06.2019 à 30.05.2019

Nom : Hiba Fatimi

mois \ jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	x		x		x	x		x		x		x			x		x		x			x		x		x			x		x
2		x		x	x				x		x	x				x		x	x				x		x	x				x	x
3																															
4																															

Signature de la spécialiste

ORTHOPHONISTE