

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 <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"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession
		D	G 00000000 35533411	
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		Mme 8197	Signature de l'adherent
Nom & Prénom..... FATHI Moulane		Phones... 06 73 26 28 16	
Fonction Agent Ray		Mail fathi.19041869@outlook.com	JUIN 2019
MEDECIN		Prénom du patient HIBA	ACCUEIL
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>		Age 20	
Nature de la maladie		Date	Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date	Signature et cachet du pharmacien
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires			
JUN 2019 DR OMAR TADLAO CHOUET			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date 01-06-2019		Montant détaillé des Honoraires	
Nombre			
AM	PC	IM	IV
30 secondes pour 1000 DH par seconde (6000 DH)			
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** à raison 2 séance par semaine arrêtée à la somme de 6000 dh
Le présent facture est arrêtée à la somme De :6000dh

Signature

La présidente


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


ORTHOPHONISTE



La date : 01.06.2019 à 30.05.2019

Nom : Hiba Fatih

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					
2			X	X				X	X	X					X	X	X				X	X	X				X	X			
3																															
4																															

Signature de la spécialiste

ORTHOPHONISTE