

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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>G</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411	G	11433553		Montant des soins
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
00000000		00000000														
35533411	G	11433553														
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de													



W18-396193

DATE DE DEPOT

10.07.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		4537
N° de Carte		06/1/32 60 10
Mail		ftazi326@gmail.com
MEDECIN		Prénom du patient
Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐		Age
Nature de la maladie		Date
Capacité de paiement		09/01/2019
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
02	11 JUL	00000000
PHARMACIE		Date
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	00000000	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



Nom Prénom :

Youssef el
Starch

Le :

05/05/2023

Re = Capsule Refract 90°
C

Ag

10 mm 2 kitch 90°
C

→ Ag 10 mm 2 kitch 90°
C