

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												
					<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"/>												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>25533412 00000000 00000000 35533411</th> <th>21433552 00000000 00000000 11433553</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des soins <input type="text"/>
H		G															
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G														
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					Date du devis <input type="text"/>												
					Fin de <input type="text"/>												
VOLET ADHERENT		NOM : <u>CHABADA</u>			Mme <u>618</u>												
DECLARATION N°		W18-383057															
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes													
		<u>41</u>															
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																	



W18-383057

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 848	
Nom & Prénom		CHIBADA Abdesslam. + M.	
Fonction : Retraite		Phones. 0667273633	
Mail chibabdalan@yahoo.fr			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
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
PHARMACIE		Date 28/10/2019.	
Montant de la facture		41,00	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

PHARMACIE DE LA WILAYA

FACTURE N°: 23/19

Client : CHBADA ABDESSALAM

Adresse :

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 28/08/2019

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Qantité	Total
28/08/2019	SA	DOLIGRIPPE SS SUCRE B : 8 STS	20,00	1	20,00
28/08/2019	SA	FEBREX ADULTE B: 8 STS NORMAL	21,00	1	21,00
					Total 41,00
					Remise
					Net 41,00
Dont TVA		1,31			

Arrêtée la facture à la somme de :

Quarante et Un Dirhams

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdellati
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moulaya-El Oulfa
Casablanca-Tel:0522 90 51 13
ICE: 001573273000063

PPV:20DH00
PER:02/22
LOT:1408

20,00 DH

PHARMED LOT : 1467
UT.AV : 03-21
PPV:21DH00