

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 <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></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000	G	35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
00000000	00000000																		
00000000	00000000	G																	
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																
			Fin d'exécution <input type="text"/>																
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	



P 17 / 047212

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 1369	Signature de
Nom & Prénom Rimou RAHAL				
Fonction Recevable	Phones			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient Zohra			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 60 ans	Date 05/04/18
Nature de la maladie			Date 1ère visite	
Dépense + soude				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes CS				
Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires		
1		120,00		
PHARMACIE		Date 05/17/2019		
Montant de la facture		280,00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 05 SEP 2019				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		ACCUEIL		
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date	CACHET
Nombre AM PC IM IV			Montant détaillé des Honoraires	

Dr. Harjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

F.C.G

الدكتورة نرجيس عامر

طبيبة داخلية سابقة

بالمركز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Date: 05/04/18

Nom: Demouine Zahra

78,20 * 44,20

HD Diarrhée

31,50 x 3

2d glauc 20g

20,90 x 3

3d VAD 3 B.O.N

280,00

logh Nos pta h nos

Prochain rendez vous: الموعد المقبل:

540 تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 2753

صيدلية الأيوبيين
PHARMACIE AL AYOUBIYIN
500 H Lot. Al Ayo
05 22 51

LOT 190555
EXP 03 2023
PPV 31.30

LOT 182650
EXP 12 2022
PPV 31.30

LOT 190555
EXP 03 2023
PPV 31.30

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

Maroc

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



6 118001 130153

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
30 comprimés




6 118001 130160

44,70

242600030-02

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

78,70

242600060-02

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH