

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															
 DROITE 11 21 GAUCHE					Coefficient des travaux														
					Montant des soins														
					Début d'exécution														
					Fin d'exécution														
 HAUT 22 23 24 25 26 27 28																			
 BAS 34 35 36 37 38 39 40																			
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																	
 DROITE 11 21 GAUCHE		<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">D</td> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">G</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>				D	25533412	H	21433552	00000000		00000000	G	00000000		00000000	35533411		11433553
D	25533412	H	21433552																
	00000000		00000000																
G	00000000		00000000																
	35533411		11433553																
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
<i>Visa et cachet du praticien attestant le devis</i>		<i>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</i>																	



P 17 / 047212

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1369									
Nom & Prénom RIMOUI RAHAL		Signature de R. Rahal									
Fonction Retraite	Phones										
Mail											
MEDECIN	Prénom du patient 30h15	Date 05/10/2018									
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Age 60 ans									
Nature de la maladie		Date 1ère visite									
Dental + dent.											
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances											
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>cl</td> <td>1</td> <td>120,00</td> </tr> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	cl	1	120,00			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires									
cl	1	120,00									
PHARMACIE		Date 05/17/2019									
Montant de la facture		280,00									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 05 SEP 2019</td> </tr> <tr> <td>Désignation des Coefficients</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>			ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 05 SEP 2019		Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 05 SEP 2019											
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires										
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date									
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV	CACHET
Nombre				Montant détaillé des Honoraires							
AM	PC	IM	IV								

Dr. Nadjiss 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

Date:

05/04/18

Nom:

El mousni zohra

78,90 * 44,90

MD Diemion deg

SV

31,30 * 3

24 zblanic 209

3 Nos

SV

20,90 * 3

ميسرة الأبوين
PHARMACIE AL A
800 H. COL. AL A
Tél. 05 22 51

3d VRAIDZ B.O.N

SV

280,00

لهم دا بحالك

DR. NADJISS AMEUR
EX. MEDICIN INTERNE
IBNOU ROCHD - CASA
540, LOT. WAFAA - DEROUA - TEL.: 05 22 53 2753

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقة

بالمركز الاستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الموعد المقبل: Prochain rendez vous:

540 - تجربة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

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

LOT 7
EXP 03 2023
PPV 31-30

190555
03 2023
31-30

31,30

LOT 1
EXP 12 2022
PPV 31-30

182650
12 2022
31-30

31,30

LOT 1
EXP 03 2023
PPV 31-30

190555
03 2023
31-30

31,30

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



6 118000 022244

Maroc

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg
60 comprimés



SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60mg
30 comprimés



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
SOTHÉMA BOUSKOURA Remboursable AMO

6 118000 022244

242600060-02

78,70

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

6 118001 272228

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

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH