

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien



W18-352191

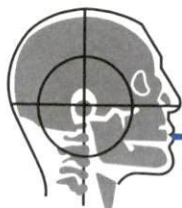
DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 100545														
Nom & Prénom		MASROUR Abderrazak														
Fonction :	Retraité	Phones 0661290969														
Mail		razakmasrou@gmail.com														
MEDECIN		Prénom du patient Mme MBKOUAR SOUAD														
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age														
Nature de la maladie		Date 04-07-2018														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite														
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
C5		300.000														
PHARMACIE		Date 06-07-19														
Montant de la facture		187,30														
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date														
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
XILIAIRES MEDICAUX		Date														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	M	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
M	PC	IM	IV													



CACHET



الدكتور الزيزي عبد الحق
Docteur ZIZI Abdelhak

O.R.L Diplôme de la faculté de Médecine de Paris
Membre de la Société Française d'O.R.L

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة : الأنف - الحلق - الأذن - والعنق - الصمم و الدوخة
Spécialiste dans les Maladies et Chirurgie : NEZ - GORGE - OREILLE - CQU - SURDITES - VERTIGES
DIPLOME DE REEDUCATION DU VERTIGE ET DES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

Casablanca, le : 04.07.2019 في : الدار البيضاء،

Mme. MEKOUAR SOUAD

75,00 Kalur 20/7

47,80

20/7

60,50 F. 10 ph.

2 sp

12,20

3U.
Total 187,30

LOT 181034
EXP 02/2021
PPV 75.00DH

PPV :
EXP :
Lot N° :

47,80

3
FITOPOLIS Cpr Bte 30
PPC : 64,50 DH
Lot : 375401
Dec / 2020
MEDIPRO PHARMA