

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/10/22			25000H	INP : 09102974

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/2022	111,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

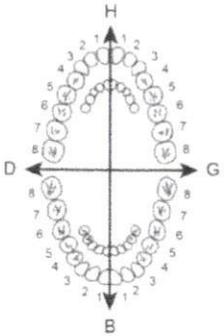
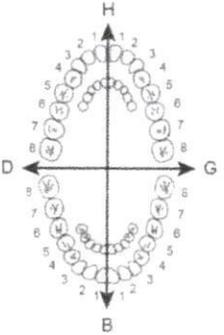
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B				G				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D																							
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	G																							
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr . ALOUTA Nadia



الدكتورة ألوطة نادية

Ophthalmologiste

إختصاصية في جراحة وطب العيون

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification

جراحة المياه البيضاء

Chirurgie des voies lacrymales et annexes

جراحة المسالك الدمعية

Angiographie retinienne - laser - OCT

علاج أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Strabologie - Glaucome

علاج الحول

Contactologie

العلاج بالليزر

Diplomée du CHU ibn rochd casablanca

خريجة كلية الطب إين رشد بالدار البيضاء

Diplome de contactologie du CHU bordeaux - france

دبلوم العدسات من كلية الطب بوردو فرنسا

Essaouira le :.....31..octobre 2022

Mr. ASSIDDIKI MOHAMED

89,30

1/ AZELASTIN.COMOD

1 goutte x2/j , les deux yeux, 1 Mois

1160

2/ FLUCON COLLYRE

1 goutte x4/j, les deux yeux, 10 jours



العيادة
LE POPULAIRE
Mergaoui
Skaba Essaouira
tel : 05 24 47 44 74

111,90



شارع العقبة - إقامة جوهرة موكادور - بلوك D رقم 6 - قبالة التكوين المهني الصويرة

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr

Azelastin-COMOD®

0,5 mg/ml

Flacon 10 ml



6 118001 110797

Steripharma
PPV: 89,30 dh

A utiliser avant: / Lot n°

0 1 7 2 0 - 4

3 0 3 2 5 5



6 118004 070244

Flucon collyre de 3 ml

A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sothema

PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865