

Nom de l'adhérent(e) : .....



# 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
29/08/2020	C		200	INP : 091021162

Dr. M. BENNOUNA  
Médecin D. Echographie  
Mullinon  
05 22 95 72

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
9	29/08/20	310,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

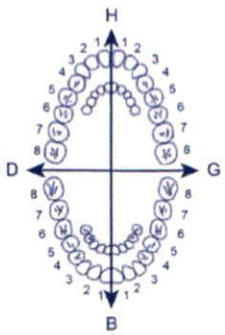
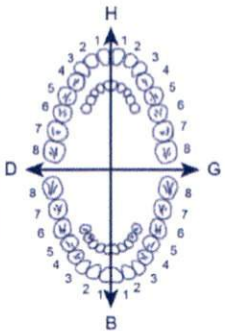
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	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																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	[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. Laïla Bennouna**  
**Médecine Générale - Échographie**

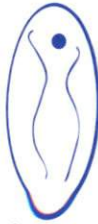
Médecine de Travail

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



**الدكتورة ليلى بنونة**

الطب العام - الفحص بالصدى

طب الشغل

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بالآلات متخصصة

à le :

**79,70**  
 P.V.  
 7 9 7 0

**ZITHROMAX 500 MG**  
 Boite de 03 comprimés  
 Lot : 1281582  
 Date Fab: 10 / 2019 Date Exp: 09 / 2021  
 ppv : 79,70 DH

79,70 x 2

Zithromax n°2.

36,40 1 ypl  
 - No pres

38,80 3 ypl / 05

**38,80**

luxo

76,00 x 3m

Biofar multivit

310,60 1 ypl

ah

**PHARMAS** LOT : 8388  
 UT.AV : 02-23  
 PPV : 36DH40

**Dr. Laïla BENNOUNA**  
 Médecine Générale - Échographie  
 7, F. 11, Mazola  
 Casablanca - Tél: 05 22 93 31 72

7, الطابق السفلي، زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél: 0522.93.31.72

E-mail: centre.bennouna@gmail.com - ICE: 001876772000053