



#### **RELEVE 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04/03/2021      | G                 |                       | 200 Dhs.                        | Dr. Abdellah Boudjellal<br>Ophthalmologist<br>70, Rue Aït Ben Haddou<br>El Echeg - Casablanca<br>522473351 0522471472 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

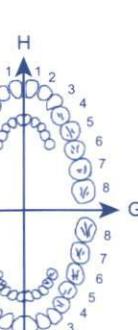
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                               | Nature des Soins                      | Coefficient |                         |
|--|--|---------------------------------------|-------------|-------------------------|
|   |  |                                       |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |  |                                       |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |  |                                       |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |  |                                       |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                                       |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411        | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |  |                                       |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |  |                                       |             | DATE DU DEVIS           |
|  |  |                                       |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION