

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEMMAMA Avenue du Phare, Résidence Taghzout Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67	14/06/21	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

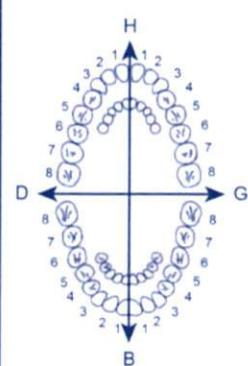
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td colspan="3" style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
B		35533411	11433553															
G																		
																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX _____																		
MONTANTS DES SOINS _____																		
DEBUT D'EXECUTION _____																		
FIN D'EXECUTION _____																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX _____																		
MONTANTS DES SOINS _____																		
DATE DU DEVIS _____																		
DATE DE L'EXECUTION _____																		



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Dr Kamal LAHBABI

Oncologue-Radiothérapeute

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes

Ancien praticien de l'institut Bergonié-Bordeaux

Casablanca, le :

14/06/2021

Mme MEKOUAR SOUAD

FEMARA 2.5 MG BT/30

1 cp par jour , 3 Mois

1021.0



6 118001 030187
FEMARA® 2.5 mg O
Boîte de 30 Comprimés pelliculés

PPV : 1021.00 DH



4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

ah AKDITAL
Acteur de Santé