

## Date de dépôt : .....



# 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
04/06/1999	C	11	2605	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/06/99	399,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

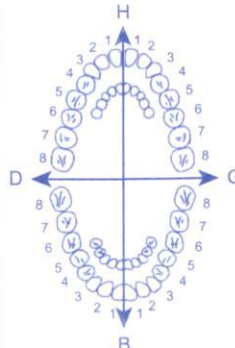
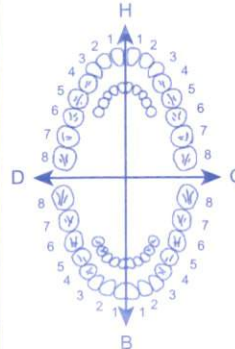
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Abdessami BENADADA

Médecine Générale

Diplôme Médecine du Sport



الدكتور عبد السميع بن اعدادة

الطب العام

دبلوم الطب الرياضي

AZIZ Zohra

Casablanca, le : 21/06/22 : الدار البيضاء في

9300 - Levamisole 14 mg

14100 - Dolyx 1 - 23

2300 - Humer 14 + 23

2300 - Rhum 14 + 23

2300 - Diclo 14 + 23

4260 - Mobic 14 + 23

3300 - Eucaly 14 + 23

3900 - 14 + 23

PHARMACIE GHOFRA  
DR. HARIOUA LILA  
Rue 23 - 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

Docteur ABDESSAMI BENADADA  
الطبيب العام  
MEDECINE GENERALE  
16 Rue 4 - 116 Bloc (C)  
Sidi Bernoussi - الدار البيضاء  
Fix : 0522 73 96 06 GSM 0661 07 24 12

16 زنقة 4 فوق حمام طريق الخير س. البرنوصي البيضاء الهاتف : 06 61 07 24 12 - 05 22 73 96 06

16 Rue 4, Dessus Hamam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 73 96 06 - 06 61 07 24 12

399,150



PPV 930H00

PPV: 14DH00  
PER: 01/25

PPV: 14DH00  
PER: 01/25  
LOT: L260

LOT: 17130 PER:  
PPV: 23,50

LOT: 17112 PER:  
PPV: 23,50

PPV: 02DH60  
PER: 09/23  
LOT: J2415

oidissements.

**Rhumix®**  
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

dissements.

**Rhumix®**  
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

LOT 2108:  
EXP 12/20  
PPV 30.00

27,50

27,50

Lot:

32,00

4 2 2 2 A  
0 9 . 2 0 2 6  
3 2 . 0 0 D H S

EXP:

PPV:

27,50