



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

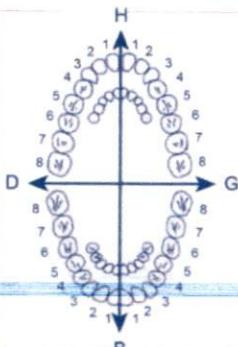
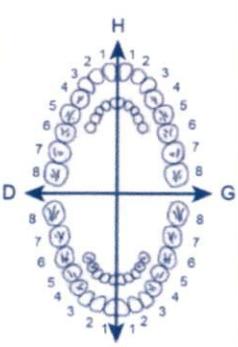
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

	Traitées	Soins																					
	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																						
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																					
		<table border="1" data-bbox="1566 898 1811 1065"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table>		H		25533412 21433552		D		00000000 00000000				00000000 00000000		G		35533411 11433553		B			
H		25533412 21433552																					
D		00000000 00000000																					
		00000000 00000000																					
G		35533411 11433553																					
B																							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE</b>																					