

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
15/04/2023	CD	1*	100000000	<i>CHIRURGIEN DENTISTE Bouchra Clinique Mère-Enfant Hay Hassani CASA BUREAU DES ADMISSIONS FACTURATION CLINIQUE Mère Enfant</i>
				<i>Chirurgien Dentiste Bouchra Clinique Mère-Enfant Hay Hassani 1111111111111111 197</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

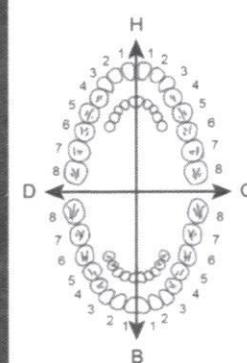
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

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	

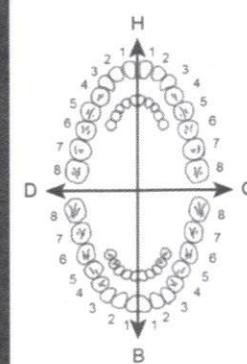


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI
 20200 CASABLANCA
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	781717	N° SEJOUR :	230019060	FACTURE N° 2302005402				DATE D'ENTREE :	15/06/2023	DATE DE SORTIE :	15/06/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	MALKI,Anass		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				MALKI,Anass				
NOM JEUNE FILLE :			N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :			N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	470024 DR. LARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA	TOTAUX :	150.00							150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE:		
			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:		
			RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	15/06/2023	EDITEE LE :	15/06/2023	PAR:	CHAIMA	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :						
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT							
		BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR							
		N° Compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49							

