


Durée d'utilisation 3 mois



## 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
14/09/19	C		25000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/09/19	177,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

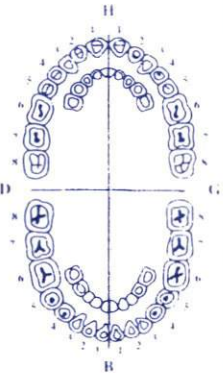
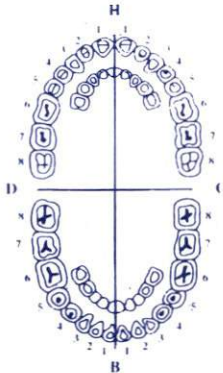
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
<b>ODF</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																								
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
				MONTANT DES SOINS																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.  
Explorations Fonctionnelles

ne de Genève.  
oitaux Universitaires de Genève.  
noble, Rouen et Bruxelles.  
internationale d'Oto-Neurologie.



## الدكتور كمال المخولفي

أمراض و جراحة الخف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العلق .  
والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار  
خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.  
عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،  
بروكسيل، فرنسا  
عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

PPV: 132DH00  
PER: 12-20  
LOT: B1828

14/9/19

η ~ KOTM: othmane

132.0

S.V

Maximilian 15

15.00 2.00 8.00

4.50

η Catalpa 50

S.V

15 3 2

8.00 Ar

14.50

oeds  
15.00



K. EL MAKHLOUFI Kamal  
Chirurgien O.R.L. Exploration Fonctionnelle  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
Et Route d'Azemmour - Casa  
Tél: 05 22 89 52 52