

Le 09 / 03 / 20



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02 JAN 2020     | eg                | 2                     | 18,00                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

|  |          |       |
|--|----------|-------|
|  | 02/01/20 | 93,90 |
|  |          |       |
|  |          |       |
|  |          |       |
|  |          |       |
|  |          |       |
|  |          |       |
|  |          |       |
|  |          |       |
|  |          |       |

# 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 |  |  |
|  |  |    |    |    |  |  |
|  |  |    |    |    |  |  |
|  |  |    |    |    |  |  |
|  |  |    |    |    |  |  |
|  |  |    |    |    |  |  |
|  |  |    |    |    |  |  |
|  |  |    |    |    |  |  |
|  |  |    |    |    |  |  |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|---------------------------|---|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|                           |   |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><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><br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H                         |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412                  | 21433552  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000                  | 00000000  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D                         | G   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000                  | 00000000  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411                  | 11433553  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B                         |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                           |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Abdeljalil Naamane**

Docteur en Médecine

Echographie

Bloc Q N° 12 - Deroua

Tél.: 05 22 53 28 25

Visite à Domicile

**عبد الجليل نعمان**

دكتور في الطب

الفحص بالصدى

بلوك ك رقم 12 - الدروة

الهاتف: 05 22 53 28 25

زيارة في المنزل

**ORDONNANCE**

02 JAN. 2020

Deroua, le : .....: الدروة في

Mr SARRE, Mr

à l'usage de

34,30 x 03  
Zytex  
= 93,90



Dr. Abdeljalil NAAMANL  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE  
Bloc "Q" N° 12 - Deroua  
Tél: 05 22 53 28 25







118000 022244

