

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
31.12.2020	CS	1	250 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
	11/01/2020					1500

VOLET ADHERENT

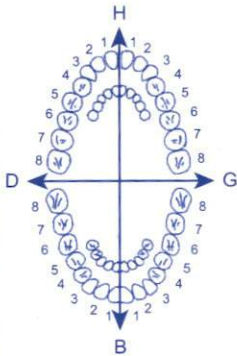
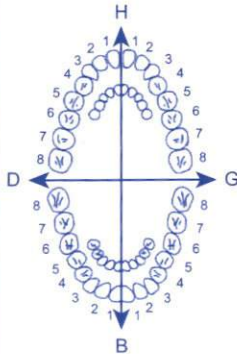
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>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																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE SPECIALISÉE
MOHAMMEDIA
OPHTALMOLOGIE



المصحة المتخصصة
المحمدية
في امراض وجراحة العيون

Docteur MOUNIR M.
Ophtalmologiste
Diplomé de la faculté de médecine
de Liège (Belgique)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

الدكتور منير م.
طب وجراحة العيون
خريج كلية الطب بليبج (بلجيكا)
داخلي سابقا بمستشفيات باريس

Mohammedia, le :

31 décembre 2019

Mr. MORABBI Mohamed

Monture pour vision de près + verres correcteurs
Antireflets

VP :

OD = + 2.25

OG = + 2.25

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza 1, Angle Yacoub El Manseur
et Youssaf Ben Tachine - Mohammedia
Tél: 05.23.80.47.13

Docteur MOUNIR M.
OPHTALMOLOGISTE
Clinique Spécialisée
33, Lot 7, Bd Hassan II
Mohammedia

33, Lot Sania Av Hassan II, Mohammedia - المحمدية - تجزئة سانيا شارع الحسن الثاني - 33

Tél.: 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63 / ICE : 001949640000068

RDV : 06 50 12 88 66 : للموعد

OPTICAL AUDITION

Client: Mr MORABBI MED

N° Facture: FMM57052002111016

Date: 11/02/2020

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	700.00
VERRE OD Organique PRE ATR: 2.25	1	400.00
VERRE OG Organique PRE ATR: 2.25	1	400.00
HT		1250.00
TVA 20.00%		250.00
TTC		1500.00

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza1, Angle Yaacoub El Mansour
et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammédia
Tél: 05.23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: MILLE CINQ CENT DIRHAMS