

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/07/20		C1	C	

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

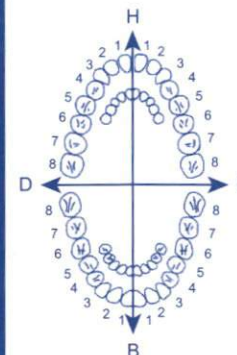
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

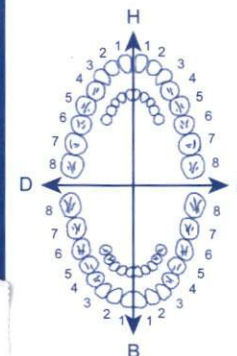
00000000
35533411

G
00000000
11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS




DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

خلاصة الفحوصات الطبية SYNTHESE DES CONSULTATIONS MEDICALES

Date	Synthèse des examens cliniques et paracliniques	Décision prise	Cachet et signature du Médecin
	14/7/20 S's 3 et 8		
	<u>Touya Benkhodja</u>		
	M. Le Lied f/d		
	 		

التغذية السليمة وعدم التدخين يساعدان على تجنب الإصابة بالسرطان



Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Délégation à la préfecture
des Arrondissements Sidi Bernoussi
Centre Hospitalier préfectoral
Hopital Al Mansour



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبية عمالة
مقاطعات سيدي البرنوصي
المركز الإستشفائي الإقليمي
مستشفى المنصور

ECHOGRAPHIE SIMPLE

DATE : 15/07/20

NOM DU MALADE : Tanya Ben Hay

N° ET SERVICE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

COMPTE RENDU

Re p'les ORA / profil / 3 / 4

Banc de l'ab. l'ar. d'g

Le 15/07/20

S



DELEGATION
MEDICAL
CABINET
GLOGIE

