



**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
13/08/2020	C	120A		

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/08/2020	723,60

**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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed DAHOUNE

Médecine Générale

Echographie Générale

Médecin Expert

Assermenté près les Tribunaux



الدكتور محمد داحون

الطب العام

الفحص بالموجات الصوتية

خبير محلف لدى المحاكم

Berrechid, le: 13.5.2020

Bel Khmar

168,20 x 2 = 336,40

Augments

45,7 3f Zovira

42,00

Oniz 20 15,80 x 7 = 110,60

Doliprane 63,20 x 3 = 189,60

Zytec 10 42 14

T = 723,60

PHARMACIE HAY AL MANZAH

SARLAD

KM Al Manzah Imm2 Mag 1

INPE: 00088778

Tel: 05 22.51.51.84

63,20

63,20

Dr. Mohamed DAHOUNE  
Omnipraticien échographiste  
Médecin Expert Assermenté  
près les Tribunaux  
Rue Moussaïfou Noussair  
Berrechid. Tél: 05 22 32 72 33

PPV 15 DH 80  
PER 01/23  
LOT J113

PPV 15 DH 80  
PER 11/22  
LOT 12522

PPV: 168,20 DH  
LOT: 623726  
PER: 05/21

PPV: 168,20 DH  
LOT: 619314  
PER: 03/21

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 45,00 DH  
6 118001 141548

crème  
VIRAX 5%

PPV 15 DH 80  
PER 02/23  
LOT J572

PPV 15 DH 80  
PER 01/23  
LOT 113

PPV 15 DH 80  
PER 01/23  
LOT J113

PPV 15 DH 80  
PER 10/22  
LOT 2266

PPV 15 DH 80  
PER 01/22  
LOT 12142

de Crédit Agricole Bd, Med V) - Berrechid - Tél :