



## RELEVE 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                                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29/9/86         | 3                 |                       | 3000.00                         | DR YOUSSEFI EL AITI<br>GASTROENTEROLOGUE<br>SOCIÉTÉ CHIASSI HEL HARTI<br>CHAS - TEL: 032 37 37 83 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                               | Nature des Soins                             | Coefficient      |                         |
|------------------------------|--|--|------------------|-------------------------|
|                              |  |  |                  | Coefficient des travaux |
|                              |  |  |                  | Montants des soins      |
|                              |  |  |                  | Début d'exécution       |
|                              |  |  |                  | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |  |                  |                         |
|                              | 25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | H<br>D<br>B<br>G | Coefficient des travaux |
|                              |  |  |                  | Montants des soins      |
|                              |  |  |                  | Date du devis           |
|                              |  |  |                  | Date de l'exécution     |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

