



## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/12/20        | V                 | 1                     | 150,22,14                       | <i>Dr. Farouk RAOUD</i><br>Cabinet Dentaire Universitaire<br>1er ETG N°1 - Avenue Jankó<br>Casablanca - Maroc<br>Tél: 0522 56 56 59 - GSM: 06 61 30 30 61 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>Dr. Farouk RAOUD</i>                | 25/12/20 | 150,22                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé 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 de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | <input type="text"/>    |
| <img alt        |                |                  |             |                         |



LOT 19008  
PER 11/22  
PPV 4320H8  
**43200**

# Zovirax® 5% crème aciclovir

### Voie cutanée

gsk  
GlaxoSmithKline

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

PPV:22DH20  
PER:01/22  
LOT:J035

