

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
12 JAN 2021		1	15051	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12-01-21	854,30
	11-12-2020	48,30

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 de

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr><td>H</td><td>H</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>B</td></tr> </table>	H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
		H	H															
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B		B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Salmi El Khazraji Jalal

MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

sidi El Khadir, Rue 23 N° 48

Casablanca

Tél. (C) : 05 22 89 74 60

الدكتور السالمي (الخزرجي) جلال

الطب العام

الفضص بالصدي

سيدي الخديرة زقة 23 رقم 48

الدار البيضاء

الهاتف الميعاد : 05 22 89 74 60

ORDONNANCE

12 JAN 2021

Casablanca, le في الدار البيضاء.

LOT: 031
PER: JUN 2023
PPV: 160 DH 90
30 Comprimés

30 Comprimés
LOT: 032
PER: JUN 2023
PPV: 160 DH 90

Irbesartan/H
LOT: 015
PER: JUN 2022
PPV: 160 DH 90

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V. : 79DH00
118000 250340

PPV 116DH40 LOT 06031 2
EXP 06/2022

40,00
40,00

LOT 191339
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

489,70 160,90 x3
MOUHAMMED AWOJAR

1) IRPH D 300

79,00 S.V. 1/4

2) TAHOR 10mg

116,40 S.V. 1/2

3) Flexan 500mg

80,00 40,00 x2 S.V. 1/2 x 3/4

4) odia S.V. 1/2

5) Difenol S.V. 1/2

854,30 DIFAL®
Diclofenac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 44,20 DH
5 118000 190349

ALMI EL KHARAJI JALAL
Médicine Générale
Echographie
El Khadir Rue 23 N° 48
Casablanca
Tél (C) 05 22 89 74 60

PHARMACIE AL WOUROUD
 67, Rue des Roses A Côté de
 Masjid Annour - Beausejour
 Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
 Patente: 34808192

M

Annour A

Cas

le 11-12-2022

FACTURE N° 36498

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
01	HEXOMEDINE Solution	14,00	14,00
01	HEXOMEDINE	14,00	14,00
01	AUREOMYCINE	9,00	9,00
01	ASPIRINE DEROL	11,30	11,30
			48,30

PHARMACIE AL WOUROUD
 67, Rue des Roses A Côté de
 Masjid Annour - Beausejour
 Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
 Patente: 34808192

14,00 عابر للجلد
 إكزاميدين

ASPIRINE DEROL VITAMINÉE B1-C
 11,30

9,30

إكزوميدين
 14,00 محلول