

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

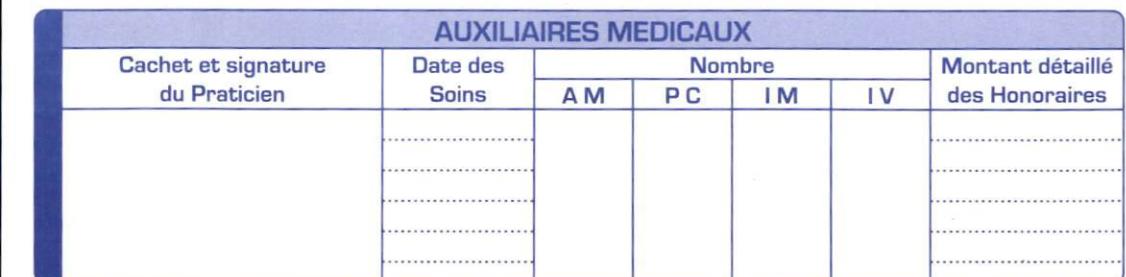


EXECUTION DES ORDONNANCES



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires



AUXILIAIRES MEDICAUX

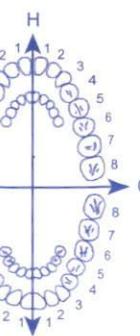
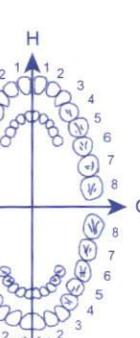
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'orthodontie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient des travaux																
				Montants des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000		00000000		00000000		35533411		11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	G	21433552																	
D	00000000	B	00000000																	
	00000000		00000000																	
	35533411		11433553																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins																
				Date du devis																
				Date de l'exécution																

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

PHARMACIE SALMA
SALMA
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15
CASABLANCA

Tél : 0522895772

25/06/2021

MR FADIL MOHAMED

FACTURE N° : 9608

du 25/06/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	OEDES 20MG /14GELULES	52,80	52,80	7%
Total TTC				52,80

LOT 201157
EXP 04/2023
PPV 52.80DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
CINQUANTE DEUX DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	49,35	3,45	52,80
		49,35	3,45	52,80

