



## 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
07/07/22	53 + kg	400 DH		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. HACIE GHOFRA Rue 2 N 16 Bloc 9 Quartier Al Qods Sidi Bérhane Casablanca	07/01/2022	328,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANEXO 2 - RADIOSURVÉES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important:

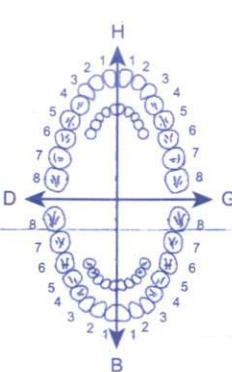
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">H</td><td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><hr/></td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td><td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td></tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
H	H												
25533412	21433552												
00000000	00000000												
<hr/>													
00000000	00000000												
35533411	11433553												

## [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Casablanca, le .....

Madame

SAMIRA

KHARBOUCH

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

**REFLUXAID Sticks**

1 stick 15 minutes après chaque repas  
et 1 stick au coucher pendant 21 jours

**IXOR 20 mg**

1 cp le matin pendant 1 mois

**SURGAM 200 mg**

1 cp trois fois par jour pendant 6 jours au milieu des repas

**APIXOL COLLUTOIRE**

1 pulvérisation 4 fois par jour pendant 10j

**ULTRA-BOOST 4G**

1 cp le matin pendant 10 jours

**Professeur H. CHELLY**

PT. H. CHELLY

O.R.L

Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Boubou Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091 140949

*PHARMACIE GHOFRAI*  
Dr. H. HRIQUA ALAILA  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Ben  
Casablanca

Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseefarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

8 032578 479676

LOT : 210653  
2024/09  
PPC : 89,50 DH

LOT 2113185  
EXP 2024/05  
PPC 65 DHS

LOT : 21E015  
SURGAM 200MG  
CP SEC B20  
P.P.V : 550 H40

6 118000 060887

IXOR® 20 mg  
28 comprimés effervescents  
PPV 1180H50  
EXP 03/2023  
LOT 12025 1

1440