

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/93	580160

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11432553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ROUDANI
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page : 1

FACTURE

N° FACTURE : 838460
Date : 08/02/2023

Client :
MR IBRAHIMI MOUHAMED

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
AMLOR 10 MG / 28 CPS	2	98.90	197.80
APROVEL 300 MG / 28 CPS	1	218.00	218.00
CARDENSIEL 2.5 MG / 30 CPS	1	50.70	50.70
FLUDEX LP 1.5 MG / 30 CPS	1	68.90	68.90
GLUCOPHAGE 850 MG / 60 CPS	1	45.20	45.20

Total TTC = 580.60

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CINQ CENT-QUATRE-VINGT- DIRHAMS 60 CTS

Bon rétablissement