

VOLET ADHESIF

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
02/02/23	IS		3090	INP : 0910 64964

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/02/2023	352,70 DH

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



# مصحة بوسيجور CLINIQUE O.R.L. BEAUSEJOUR

le 02/02/2023

Dr. Alami Slim

222,00

40,00

39,70

51,00

1) Augmentin 1g  
12 x 2 P

2) Cortipres (200)  
39 15 dents

3) Fucidine cr  
19 vaf 1

4) DEXERYL  
19 vaf 1

PPV: 222,00 DH  
LOT: 649255  
PER: 03/24

PPV: 40DH00  
PER: 07/25  
LOT: 12308

**Fucidine® 2%**  
crème Tube de 15 g

**DEXERYL®**

Glycérol, vaseline, paraffine liquide

G99072  
12/2021  
12/2024  
PPV: 51.00 dhs

Total: 352,70 DH

PHARMACIE MUNICIPALE AIN CHOCK  
174, Bd. Khamli Hoy My Modelon - Ain Chock (Casablanca)  
Tel: 05 22 99 42 36 / 37 / 38 / 39 / 41

Dr. Abdelkhalik BENNANI  
Clinique O.R.L. Beausejour  
198, Bd. Chandi  
Tél: 0522 99 42 36 - Fax: 0522 99 42 40