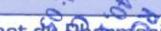


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Pharmaciseur	Date	Montant de la Facture
	11/04/23	55,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

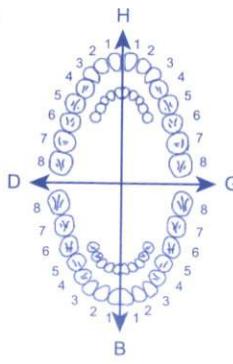
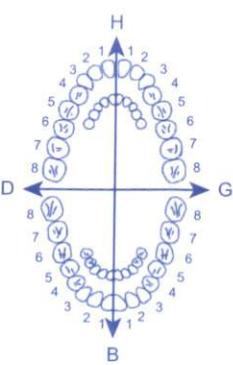
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
			CCEFFICIENT DES TRAVAUX																	
			MONTANTS DES SOINS																	
			DEBUT D'EXECUTION																	
			FIN D'EXECUTION																	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 			CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 20px;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>						H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000			35533411	11433553
		H	25533412	21433552																
D		00000000	00000000																	
B		00000000	00000000																	
		35533411	11433553																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA
 240 ROUTE D'EL JADIDA
 CASABLANCA TEL:257825/253961
 ICE:000093373000056
 RC:274003 IF:14405141 CNSS:9428097

11/04/2023

F A C T U R E N° 1926

 PPV: 55.00 DH
 LOT: 651308
 PER: 11/24

CLIENT : MR CHAOUF LAHCEN

QTE	DESIGNATION	PPV	MONTANT
1	AMOXIL 1 G / 12 CP	55.00	55.00
MONTANT FACTURE			55.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 CINQUANTE CINQ DIRHAMS 00 CTS

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
 ROUTE D'EL JADIDA
 240, Bd Brahim Roudani
 Casablanca
 Tél: 05 22 99 57 46