

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
 Dr. J. L. BONNE CASA SA 921 25204	14/11/23	212.50

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 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
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

MME HAFFAY FATIMA

Le : 14/11/2023

Facture N° 611096

Quantité	Prix unit	Designation du produit	Tx remise	Montant
1	152,50	VALEX 500 MG/14CP	0,00	152,50
1	60,00	CILOXAN PDE OPHT	0,00	60,00

REMISE : 0,00 TVA 13,90

Total : 212,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :deux cent douze dirhams cinquante centimes

PHARMACIE EL MANAR
SOCIETE CASABLANCA S. R.L.
INTE 092025204

152,50
0 T 22 J 16
E R 11 / 25
P 15 20 H 50

CILOXAN® 0,3%
POMMADÉ OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g Remboursé AMO
Laboratoires Sotéma
A.M.M. N° 412/18DMF/21/NR0
PPV: 60,00 DHS
6 118 001 070855
692274 MA