

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo- phtisiologues

Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd

Et Hôpital Moulay Youssef

156120



الدركتورة عمر لاني حنشي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ومستشفى مولاي يوسف

N° 5340

Casablanca, le 03/04/2023, في الدار البيضاء،

R= mouali & Barclay's

AIRLIFE S.A.R.L.
Rue 3 & 4 N°106 Makola
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 65 73 59

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-phisiologie et Allergologue
Résidence Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 02 02

AIRLIFE SARL

N° 5340

Numéro

DV230000019

Date

04/04/23

Mr MOUARID BOUCHAIB
CL000595

ICE:

Devis

Référence	Désignation	Qté	Px unitaire	Remise	Montant HT
ART174	NEBULISEUR ROSSMAX NA 100	1,00	541,67		541,67

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Total TTC	NET A PAYER
1	541,67	20%	108,33	541,67	0,00	650,00	650,00
Total	541,67		108,33				

AIRLIFE s.a.r.l
Rue 3 & 4 N°106 Mazola
Hay Hassani - Casablanca
Tel.: 06 22 65 73 59

Page 1

SARL au Siège Capital 500.000.00 dhs -Siege: 106 Rue 3 , Mazola ,Hay Hassani -CP20230 - Casablanca .airlifesarl@gmail.com
RC:351715 - IF:18785232 - Patente N°:35065519 - CNSS:4792637 - ICE 001634089000047
CELL:00212-697283026. TEL00212-522657359

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
AIRLIFE S.A.T.I Rue 3 8/4 N°105 Max 01 Hay Hassani - Casablanca Tél. 05 22 66 73 69	10/05/2018					65000F

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 2142381F 00000000 00000000 00000000 00000000 00000000 00000000 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	