


Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/07/19	58,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>B</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>B</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>	MONTANT DES SOINS
<div> <div> <div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> </div> </div>	DATE DU DEVIS

PHARMACIE CITE YASMINE

MME EL ABBASSI NAWAR

CENTRE COMMERCIAL YASMINE RT CASA

MARRAKECH

Taxe Profes. N°: 64495003

N° R.C. : 105624

N° ID.F. : 70945088

N° CNSS : 833042

Tel : 0524292077

Fax

ELFASSI EL FIIHRI NEZHA

I.C.E. :

N° ICE 00116419480000

Le : 15/07/2019

FACTURE N°: 45/19

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	OTRIVINE 1% GTTES NAS	19.30	19.30
1	RINOMICINE SACHETS.10	22.70	22.70
1	APETINE COMPS.30(PM)	16.30	16.30
TVA 7%:		3.81	
Total :			58,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
CINQUANTE HUIT DIRHAMS ET TRENTE CTS

Pharmacie cité Yasmine
Mme Nawar EL ABBASSI
Complexe commercial Yasmine
route de casa Marrakech
R.C:105624-Pat:64495037-I.F:70495088

Apétine®
Cyproheptadine 4 mg

GALENICA

Apétine®
Cyproheptadine 4 mg
Boîte de 30 comprimés
PPV : 16.30 DH
6 118000 190059

LOT :1481
UT.AV:02-22
PPV: 22DH70

مختبرات الصيدلة فارما