

Signature: _____

[illegible]

05 22 603 829 / 07 00 190 787

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur 	Date	Montant de la Facture
	08.12.20	183,50

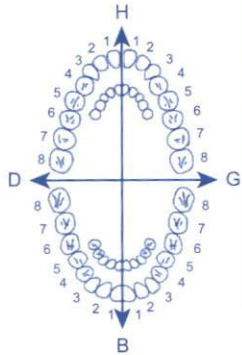
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, 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																		
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX									
		H DG <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		00000000	00000000										
		35533411	11433553										
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. khadija RAFIQ

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca
Médecine générale



بلسم

للطب العام

د. خديجة رافق

خريجة كلية الطب و الصيدلة
الدار البيضاء
الطب العام



ORDONNANCE

Date : 08/11/2020

M^{me} Zouhra LAOUACH

75,00

1) Carboline



55,40

2) Imgam 200mg



53,10

3) Relaxol



183,50

خديجة رافق
خديجة رافق
بلاصة الزنقة 10 الدار 41 الحى المحمدى
05 22 603 839 / 07 00 15 07 87



Hay MOHAMMADI, Bloc 6, Rue 10, N° 41

بلون 6 الزنقة 10 الدار 41 الحى المحمدى

Tél : 05 22 60 38 39 / 07 00 15 07 87 / E-mail : rafiikhadija87@gmail.com