

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																				
O.D.F. Prothèses dentaires																								
Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553					Montant des soins
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Date du devis																				
				Fin de																				



W17-102114

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00683
Nom & Prénom		AOUAD M. HAMED
Fonction	Retraité	Phones: 05.22.26.8080
Mail		
MEDECIN		Prénom du patient M. HAMED
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 75 ans
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		Nbre de Coefficient
Montant de la facture		Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date 15/04/2019
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date

22 AVR. 2019

ACCUEIL

PHARMACIE MY. YOUSSEF
Salmé CHERIF D'OUZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My. Youssef
CASABLANCA - Tél : 05 22 22 27 25

PHARMACIE MY YOUSSEF
SELMA CHERIF D'OUAZZANE
139 BD MOULAY YOUSSEF
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° CNSS : 6387733

N° ID.F. : 40100310

N° ICE 001597613000058

Tel : 022222725

Fax 022480768

MR AOUAD MHAMED

I.C.E. :

Le : 15/04/2019

FACTURE N°: 5530/19

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	ASPEGIC 100 SACHETS	21,80	7	43,60
1	DETENSIEL 10MG COMPS/30	72,00		72,00
2	GLUCOPHAGE 1000 MG BT 30 CPS	28,00		56,00
1	JARDIANCE 25 MG	550,00		550,00
2	VEPRAN 300 MG BT 28 CPS	150,00	7	300,00
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1325,00		1 325,00

TVA 7%: 22.48

Total : 2 346,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX MILLE TROIS CENT QUARANTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF
Selma CHERIF D'OUAZZANE
Boulevard My Youssef
139, Boulevard My Youssef
CASABLANCA - Tél: 05 22 22 27 25

LOT : 8MA022
PER: 02 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



LOT : 8MA022
PER: 02 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma



6 118001 041084
Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A.

PPV : 550DH0

150,00 DH
x 2

Victoza®
6 mg/ml
Solution injecta
2 stylos pré-rem

-- LAPROPHAN --

PPV : 1325DH00

