

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	Nature	Coefficient	Coefficient
-----------------	-------	--------	-------------	-------------

Veuillez remplir les renseignements sur les prothèses ou de traitement réalisés, ainsi que le tarif.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux										
	H											
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">D</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	D	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	D	G										
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)	Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												
	Fin de											



DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1268	
Nom & Prénom EL KACHEN Abdelhak			
Fonction C. A. B. retraité		Phones 0662369306	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent ☐	Conjoint ☐	Enfant ☐	Age Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date 21/06/2015	
Montant de la facture		71,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

PHARMACIE MIRABEL

5, Rue Fauvettes. Bd Abderahim Bouabid

R.C :366311

Patente:34754295

T.V.A :42303674

C.N.S.S:6415732

Banque:011-780-00005-121000-026-20-60

Tél :0522.23.11.59---0

FACTURE N°289880

EL KOUHEN NADIA

anca

ICE N° :

Gynosten
APAISANT



Qté

PPV Unitaire

Total
BRUT

Dont
TVA

%
Taux

1

GYNOSTEN SOIN

71,00

71,00

11,83

20,00

PHARMACIE MIRABEL
A. SAMKAOUI, Docteur en Pharmacie
Diplômé de l'ULP de Strasbourg
Diplômé de Pharmacie Oncologique de l'ULP de Nancy

5, Rue des Fauvettes, Bd A. Bouabid, Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 23 11 59 - Fax : 05 22 23 20 79

TOTAL T.T.C :

71,00

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

71,00

Montant

11,83

Arrête la présente facture à la somme de :
Soixante-onze Dirhams.