

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 travaux 															
				Montant des soins 															
				Début d'exécution 															
				Fin d'exécution 															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux 															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	00000000		21433552	00000000	00000000	35533411		00000000	11433553		Montant des soins
	H			G															
	25533412	00000000		21433552	00000000														
	00000000	35533411		00000000	11433553														
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis 																
			Fin d'exécution 																
Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>																	



P 14 / 0016525

1008/3 Rubric
DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 648	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom: CHBADA Abdelham				
Fonction: Retraité		Phones: 0667273639		
Mail: Chbadena@gmail.com				
MEDECIN		Prénom du patient: Chbada Abdelham		
Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐		Age: _____		Date: 25/6/19
Nature de la maladie: _____		Date 1ère visite: _____		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Leucémie lymphoïde chronique				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C			C	
PHARMACIE		Date: 3/7/19		
Montant de la facture: 84,11€		PHARMACIE ORLY SUD BP A190 - 94542 ORLY - AEROGARE CEDEX Tél : 01 49 75 44 70 / 6h-21h Dr Caroline IBGHEI pharmacieorlysud@gmail.com		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: _____		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		Cachet:		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date: 25.5.2019		
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires		
		Cachet:		

مصحة
المدينة
CLINIQUE
AL MADINA

مركز أمراض الدم والأنتكولوجيا Centre d'Hématologie & Oncologie

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

CIP: 3400933699062
LOT: HA0032
EXP: 04-2020

Casablanca, Le :

25 juin 2019

CHBADA ABDESSLAM

CHLORAMINOPHENE 2 MG

4 boites

CIP: 3400933699062
LOT: HA0032
EXP: 04-2020

CIP: 3400933699062
LOT: HA0032
EXP: 04-2020

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 22 07

€ 84,11 le 3/7/19

PARIS
PHARMA
Votre santé est cap ta le
PHARMACIE ORLY SUD
BP A190 - 94542 ORLY AEROGARE CEDEX
Tél : 01 49 76 74 76 / 6h-21h
Dr Caroline IBGHEI
Pharmacien titulaire

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers
Tél : 05 22.77.77.40 à 49 (LG) - Fax: 05 22.23.06.66 - E-mail : szafad@hotmail.com - CASABLANCA

94542 AEROGARE SUD CEDEX 190

Tel: 0149757470

N° SIRET: 43864744800010

Code NAF: 4773Z - FR04438647448
FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	----------	-----	--------	-------------

Patient: CHBADA Abdeslam
Ordonnance 90980

3400933699062	4	4	19,37	77,48
CHLORAMINOPHEN 2MG GELU30 CYTO(				111895)
Du(s): 3x				

	4	4	1,02	4,08
--	---	---	------	------

Honor. dispens. HD1

	4	1	0,51	0,51
--	---	---	------	------

Honor. dispens. HDR

	4	1	2,04	2,04
--	---	---	------	------

Honor. dispens. HDE

Total TTC	84,11
A Payer	84,11

TOTAL A PAYER : 84,11
Montant HT : 82,38

Code TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	82,380	1,730	84,11

Espèces : 84,11

Le 03/07/2019 à 16h45 Op. : 98 christo

Montants exprimés en Euros

BON VOYAGE
EQUIPE PHARMACIE ORLY 4
pharmacieorly4@gmail.com

Ticket 147550/521577 B0106-R1

126/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/AAME/AANI
/2.8.1.2.R5-114/1

0% Bisphenol A
BPA



MIXTE
Issu de sources
responsables
FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS

0% Bisphenol A
BPA



MIXTE
Issu de sources
responsables
FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS