

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>EL MANSOURA</i> <i>PHARMACEUTIQUE</i>	<i>18/08/2022</i>	<i>131,20</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES -

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Malek Choufane

Facture N°: 439 574

Ref N°: 18/09/20/ 92

Client: Client Comptoir *

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
VENTOLINE AER	AE	4	45,30	181,20
Total à Payer:				181,20

A3

La présente facture est arrêtée à la somme de:

CENT QUATRE VINGT UN DJRHAMS VINGT CENTIMES###

Le : 03-octobre-2020

Y EL MANSOUR 360806
PHARMACIE HAKIMA ET SULIMES
ANGEL BESHAMDI ET