

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
	23.10.2005	147,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ANNASR

ASSALAM II-IMM3-GH4- EL OULFA-CASABLANCA

HIND MENKOR
DOCTEUR EN PHARMACIE

R.C :449411

Patente:36032730

T.V.A:

Tél :022 932813

Le 23/10/2020

FACTURE N°88755

N° ICE : 000500229000097

N° IF : 51509288

MR SAMLALI MOSTAFA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	THEALOSE COLL 10ML	147,00	147,00	24,50	20,00

TOTAL T.T.C :

147,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	147,00	Montant
				24,50	

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent Quarante Sept Dirhams.