

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle **2069**

Nom & Prénom **M. Soummane Abdessadeq**

Fonction : **Retraité** Phones. **0522.85.65.83**

Mail

Signature de l'adhérent

FACTIVE
résinate de géniofacine
P.P.V. 282.00 MAD

MEDECIN

Prénom du patient **Abdessadeq**

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age **01/01/49**

Date **21/03/2019**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Bronchite -

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	C₁	120 DH

Signature du médecin
Dr. Fatima Fatima
N°1 Imm. AZP Résidence Addagmane
Abi chock-CASA-Tél:0522.50.11.90

PHARMACIE

Date **21/03/19**

Montant de la facture

413,60 -

PHARMACIE du 2 MARS
Pharmacie
Tél: 0522.50.11.90 - Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

22 MAR 2019

CACHET

ACCUEIL

Maxilase

33565 Carlio

Médic Authc
رقم
340
PPV: 60DH10



3 582910 011910

Otrivine 1%
Solution 10 ml



PPV: 19,30 DH

Docteur Fatiha EL KAÏCHI

Médecine générale

N° 1 Imm. A 28 Résidence ADDAMANE

Âin Chok - Casablanca

Tél : 05 22 50 11 90



الدكتورة فتيحة القيشي

الطب العام

رقم 1 عمارة «أ» إقامة الضمان (الضحى)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 11 90

Casablanca le : 21/03/2019 : الدار البيضاء في :

M^{re} SOUMMANE Abdessadeq

282,00

1) Factive,

1 p/j au cours d'un repas x 07 j.

52,20

2) Prospan sirop

6010 2 cās x 3/j 1, nets

3) Maxilase 3000

19,30 1 cā x 3/j 1, nets au milieu des repas

4) otrivine

1 pulvérisation x 3/j 1, nets dans
Chaque narine.

413,60

PHARMACIE du 2 MA
M^{me} EL ALAOUI Anh

Tél : 05 22 20 57 84 - Casablanca



الدكتورة فتيحة القيشي
Docteur Fatiha EL KAÏCHI
N°1, Imm. 28 Résidence Addamane
Ain chok - CAS - Tél: 05 22 50 11 90