

# 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<br>Traitées  | Nature<br>des soins | Coefficient   | Coefficient des         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|--|--|---------------------|---------------|-------------------------|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|--|-------------------|
|  |  |                     |               | Montant des soins       |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  |  |                     |               | Début d'exécution       |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  |  |                     |               | Fin d'exécution         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  |  |                     |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| <b>O.D.F.</b><br>Prothèses dentaires                   | Détermination du coefficient masticatoire  |                     |               | Coefficient des travaux |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                     | H             |                         | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  |  | Montant des soins |
|  | H  |                     | G             |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  | 25533412   | 21433552            |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| 00000000   | 00000000   |                     |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| 00000000   | 00000000   |                     |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| 35533411   | 11433553   |                     |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| (Création, Remont, adjonction)                         |  |                     | Date du devis |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                     | Fin de        |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution



W18-403047

DATE DE DEPOT

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

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |    |                                 | Mle                             | Signature de l'adhérent |
|---|----|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Nom & Prénom                                      |    |                                 |                                 | Signature de l'adhérent |
| Fonction  |    |                                 |                                 |                         |
| Phones  |    |                                 |                                 |                         |
| Mail  |    |                                 |                                 |                         |
| MEDECIN   |    | Prénom du patient               |                                 |                         |
| Adhérent  |    | Conjoint                        |                                 |                         |
| Enfant  |    | Age                             |                                 |                         |
| Nature de la maladie                              |    | Date                            |                                 |                         |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |    |                                 |                                 |                         |
| Nature des actes                                  |    | Nbre de Coefficient             | Montant détaillé des honoraires |                         |
| 2   |    |                                 | 200DH                           |                         |
| PHARMACIE   |    | Date                            |                                 |                         |
| Montant de la facture                             |    | 293.60                          |                                 |                         |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                          |    | Date                            |                                 |                         |
| Désignation des Coefficients                      |    | Montant détaillé des Honoraires |                                 |                         |
| AUXILIAIRES MEDICAUX                              |    | Date                            |                                 |                         |
| Nombre  |    | Montant détaillé des Honoraires |                                 |                         |
| AM  | PC | IM                              | IV                              |                         |

Signature de  
Abdelkrim BOUACHRA  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Faciale  
29, Bd Akid Allam, 1er Etage, Quartier  
Sourat, Casablanca - Tél: 05 22 71 71 10

Signature de  
FARMACIE DOUKRA  
F. C. Salafeddine EL MOUTARID  
F. C. El Messiri  
Tél: 05 22 71 71 11 Fax: 05 22 70 91 12

CACHET

CACHET

MUPRAS

22.2.2019

Accueil Siège/Ram

Docteur ABDELKRIM BOUACHRA

Spécialiste O R L

Chirurgie de la face et du cou  
Ancien ORL à l'hôpital Med V - Casa

الدكتور عبد الكريم بوعشرة

إختصاصي في أمراض

- الأذن، الأنف، الحنجرة

- جراحة الوجه والعنق

أخصائي سابقا بالمستشفى محمد V - البيضاء

Casablanca, le : 15 AVR. 2019 : الدار البيضاء، في

Opus ENNCERI PKia

42.00

PRODNIP 20mg



3 yon. en seule pimentine

67,80 probent 26 jours après le  
petit déjeuner

Dagun



24x2h x 17

119.10

Risonel



84,70 2ml h dans chaque jour  
probent 10 jours 1ml 1ml 1ml

ZENMAH



293,60 1 gélule x 2h

Dr. Abdelkrim BOUACHRA  
Spécialiste O.R.L  
Chirurgie Cervico Faciale  
29, Bd. Akid Allam, 1er Etage, Quartier  
Hammam, Casablanca - Tél: 05 22 71 71 10

29, شارع العقيد العلام الأول حي بونازال - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.71.71.10

29, Bd. Akid Allam, 1er Etage Hay Boumazel - Casablanca - Tél. : 05 22.71.71.10



# PREDNI®20

Cooper — Prednisolone  
Comprimés effervescents sécables

notice avant de prendre ce médicament.  
En cas de doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.  
prescrit. Ne le donner jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes  
si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez à

**INDICATION**  
de 20 comprimés effervescents sécables.  
sécable contient 20 mg de Prednisolone, sous forme de métasulfobenzoate sodique de  
sécable  
monosodique anhydre, saccharine sodique, lactose monohydraté, benzoate de sodium,  
**COMPOSITION**  
pamomousse, jus concentré d'orange

## PREDNI®20

Cooper — Prednisolone

**20 mg**  
Voie orale

Comprimés  
sécables  
effervescents

20 x

## PREDNI®20

Cooper — Prednisolone

**20 mg**  
Voie orale

Comprimés  
sécables  
effervescents

20 x

## PREDNI®20mg

20 comprimés effervescents sécables

6 118000 081753

**Formule :**  
Prednisolone ..... 20 mg  
(sous forme de métasulfobenzoate  
sodique de prednisolone 31,44 mg)  
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent  
sécable.  
Excipients à effet notoire : lactose  
sorbitol, sodium  
Voir la notice pour plus d'informations

assitant des doses moyennes ou  
ent sans l'avis de votre médecin.  
respecter la prescription de votre  
tions de votre médecin pour la

DURÉE MATIN MIDI SOIR

**COOPER**  
41, Rue Med Dioun 20110 Casablanca  
Amino DAOUDI Pharmacien Responsable

LOT N°: 42, 800  
UT. AV:  
PPV: 12.00 DH

un des autres composants.  
DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.  
Cooper, comprimé effervescent sécable est susceptible d'avoir des effets indésirables,  
ent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime (cf. Mises  
durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.  
s (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement  
au et de sel pouvant entrainer une insuffisance cardiaque.  
bles du sommeil.  
s peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage.

articulation de la hanche (ostéonécrose).  
servés:  
de surrénale.

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).  
diarrées et pectorations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.  
catrisation, acné

• Précautions: surveillance étroit de l'oséostéose, de l'oséostéose, de l'oséostéose.

# DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT



40 Comprimés enrobés gastro-résistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI



40 قرصا ملبسا  
معدي - مقاوم  
عن طريق الفم

مختبرات ستامبيك  
22 - 20  
زقفة زعفران العوام  
الصحور السوام - الدار البيضاء

دازين 10.000 وحدة  
سراپيتاز

47,80

PPV :  
EXP :  
Lot N° :

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,

.....10 000 unités\*  
is, lactose, acétophtalate de  
camère 188.

par 5 ml de substrat (caséine)

nte

ablanca

, est indiqué en cas d'affection  
tifs à un traumatisme ou une

ENT

d'allergie connue à l'un des

MANDER L'AVIS DE VOTRE

médiatement et définitivement.

des bronches et des poumons.

ontaires de toux permettant de  
à calmer la toux est donc

illogique.

# ريزونيل®

0.05%

عن طريق الأنف  
بخاخ للأنف

فيروسات الموميطنزون

**المادة الفاعلة هي: فيروسات الموميطنزون**  
51.8 ميكروغرام كمية معادلة لـ 50 فيروسات الموميطنزون جاف للجرعة الواحدة.

هذا الدواء يوجد تحت صيغة محلول للرش عبر الأنف علبة لـ 140 جرعة.

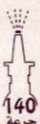
الرشة الواحدة تصدجرعة واحدة من قيمة 50 ميكرو غرام من فيروسات الموميطنزون الجاف.

هذا الدواء يحتوي على كلورور البنيزل الكونيوم، الغليسرين.

يتعين الاحتفاظ به في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية. رج العبوة جيدا قبل كل استعمال.

يحتفظ بعيدا عن متناول  
ومرئ الأطفال.

**Fabricant:**  
Abdi Ibrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş.  
Sanayi Mah. Tunç Cad. No:3  
Esenyurt / İstanbul / Turkey



غ 18

bottu sa

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

bottu sa

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

N° du Lot 10 E 8 2

Date Per. 05.2021

P.P.V: 119,10 DH

ريزونيل  
فيروسات المومي

اسم الدواء:

ريزونيل 50 ميكروغرام / جرعة.

الرجاء قراءة هذه النشرة بكاملها  
• احتفظ بهذه النشرة، لأنه يمكنك  
• إذا كانت لديك أية أسئلة أخرى.  
• وصف لك هذا الدواء أنت شخص  
الأعراض لأن ذلك يمكن أن يضر  
• إذا أصبح أحد التأثيرات غير الم  
هذه النشرة، تحدثني بشأن ذلك

**تركيب الدواء:**

المادة الفاعلة هي:

الفيروسات للموميطنزون مونوهدر  
كمية معادلة لفيروسات الموميطنزون  
للجرعة الواحدة  
الرشة الواحدة تصدر جرعة واحد

سواغات: غليسرين - سيليلوز  
سيترات الصوديوم ثنائي الهيدرات  
البنيزل الكونيوم، بولي موزييت 80.

لائحة السواغات ذات تأثير ملح  
كلورور البنيزل الكونيوم، غليسرين

**الصنف الصيدلي العلاجي:**  
كوريكوئيد للاستعمال الموضعي.

دواعي العلاج:

**الصنف الصيدلي العلاجي:**  
يحتوي هذا الدواء على كوريكو  
ويوصف:  
• لدى الكبار والأطفال الذين ت  
• لدى الكبار من أجل التخفيف

**الجرعات:**

الجرعات، كافية و/أو طريقة  
الجرعات:

التهاب الأنفي الأنجي:

• الكبار والأطفال الذين يزيد سنهم عن 12 سنة: تتحدد الجرعة الفعالة عادة في رشتين اثنتين في كل منخر مرة واحدة في اليوم صباحا. عند تحسن الأعراض، يمكن أن تتخفض الجرعة في رشة واحدة في كل منخر في كل يوم.  
• لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 11 سنة، تتمثل الجرعة الفعالة عادة في رشة واحد في كل منخر مرة واحدة في اليوم صباحا.  
يعتمد استعمال الدواء ومدّة العلاج على درجة التعرض للحساسية.

داء السيليات مع التهاب الجيوب الأنفية:

تتمثل الجرعة الفعالة عادة في رشتين في كل منخر مرتين في اليوم. عندما تتراجع الأعراض لتتخفض الجرعة إلى رشتين في كل منخر يوميا.  
• في حالة استمرار الاضطرابات، لا تزيدوا في الجرعة، بل استشيروا طبيبك.  
في جميع الحالات، يتعين التقيد بوصفة طبيبك.

- sirop, flacon de 150 ml

