

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



P 17 / 0061613

DATE DE DEPOT  
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9271	Signature de l'adhérent												
Nom & Prénom		YAKOUTY ABDELMEJID													
Fonction	Agente	Phones		0611829083											
Mail															
MEDECIN	Prénom du patient			YAKOUTY Ayoub											
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	13											
Nature de la maladie		Date		26/04/2019											
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite													
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin											
PHARMACIE	Date		26.04.2019	Signature et cachet du pharmacien OUCHAIB KAMILI PHARMACIEN Bd. Mohamed V - Berrechid 0611829083											
Montant de la facture	52,90														
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		CACHET											
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires														
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		CACHET											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				AM	PC	IM	IV					Montant détaillé des Honoraires	
Nombre															
AM	PC	IM	IV												

~~WYFORS~~  
**PHARMACIE OULED HRIZ**

**KAMILI Bouchaïb  
pharmacien**

124, Bd. Med V - Berrechid - Tél. : 33.73.51

**FACTURE N° 2354**

Date 26.04.2019

M. YAKOUTY Ayoub

MODE DE PAIEMENT : ☐ ESPECES ☐ CHEQUE ☐ TRAITE

DATE DE REGLEMENT: 26.04.2019

Qté	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
	S Paromolan	20,00	20,00
	F lagyl L bip	32,90	32,90
			<u>52,90</u>
Arreté la présente facture à la somme de cinquante deux dinars et 90 centimes			
<p>BOUCHAIB KAMILI PHARMACIEN PHARMACIE OULED HRIZ Bd. Mohamed V - Berrechid Tél. : 05 22 33 73 51</p>			

# SPASMOPAN®

LOT : 4323  
UT. AV : 03 - 23  
P. P. V : 20 DH 00

## Formes et présentations :

- Soluté injectable : Boîte de 6 ampoules de 1 ml.
- Comprimés enrobés : Boîte de 40.
- Suppositoires : Boîte de 6.

## Composition :

Soluté injectable :	
Bromure de N-butyle hyoscine.....	20 mg
Excipient q.s.p 1 ampoule de .....	1 ml
Comprimés :	
Bromure de N-butyle hyoscine.....	10 mg
Excipient q.s.p .....	1 comprimé
Suppositoires :	
Bromure de N-butyle hyoscine.....	10 mg
Excipient q.s.p .....	1 suppositoire

## Propriétés :

Le N-butyle hyoscine bromure, principe actif de Spasmopan, agit en tant qu'antispasmodique.

## Indications :

- Traitement des spasmes et de l'hypermotilité du tractus digestif.
- Hépatologie :
  - \* Coliques biliaires
  - \* Dyskénisies biliaires
- Urologie :
  - \* Coliques rénales
  - \* Dyskénisies rénales
- Gynécologie :
  - \* Disménorrhée fonctionnelle spasmodique
- Obstétrique :  
Administré dans la première phase du travail, spasmopan permet le relâchement du spasme du tractus inférieur de l'utérus.

## Contre-indication :

Glaucome et rétention urinaire des prostatiques.

## Effets indésirables :

Possibilité de troubles habituels aux atropiniques : Sécheresse de la bouche, troubles de l'accommodation, constipation, accélération du pouls.

## Posologie :

### Adultes :

- Traitement de fond :  
1 ou 2 comprimés enrobés, deux ou trois par jour, ou 1 à 3 suppositoires par jour.
- Cas aigus :  
colique hépatique, colique néphrétiques : 1 ampoule par voie intraveineuse.  
L'injection pourra être renouvelée dans la journée, par voie IV, IM ou sous-cutanée.

### Enfants :

1/4 à 1/3 des doses préconisées chez l'adulte.

Comprimés : conserver à l'abri de l'humidité.  
Suppositoires : conserver à l'abri de la chaleur.  
Ampoules : conserver à l'abri de la lumière.

# 4% فلاجيل

ميترونيدازول

محلول للشرب

## 1. تعريف الدواء

أ. الاسم :

فلاجيل 4 في المائة، محلول للشرب

ب. المكونات :

بينزوات ميترونيدازول

السواغات : فوسفات أحادي صوديوم

هيدروكسيبنزوات برويل، سيليكو

ساكارين الصودي ثنائي التمي، كح

الحامض، مستخلص البرتقال الحلو

تطابق ملعقة - مقياس (5 مل)

(بينزوات).

ت. الشكل الصيدلي والتقديم :

محلول للشرب، قارورة 120 مل مع

ث. الصنف الصيدلي العلاجي :

مضادات حيوية مضادة للبكتيريا

2. في أية حالة أو حالات يستعمل

يوصف هذا الدواء في علاج بعض الت

3. انتباه !

أ. في أية حالة أو حالات لا يجب ا

• لا يجب استعمال هذا الدواء أبداً في

(فترة المضادات الحيوية التي ينتج

• عامة ما لا يجب استعمال هذا الدوا

(مشروبات كحولية، أدوية تحتوي عل

في حالة الشك، من الضروري است

ب. تحذيرات خاصة :

• ينصح بعدم استهلاك المشروبات

مثل احمراء الوجه، حرارة، قيء، تسر

• ينبغي توقيف العلاج واستشارة ال

# Flagyl® 4%

Métronidazole

Suspension buvable

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) Dénomination :

FLAGYL 4 POUR CENT, susp

### b) Composition :

Benzoate de métronidazole

Excipients : phosphate mon

zoate de méthyle, hydroxybenzoate de propyle, silicoallumi

nate de magnésium spécial (veegum), saccharose,

saccharine sodique dihydratée, alcool éthylique à 95 pour

cent v/v, essence concentrée de citron, essence d'orange

douce déterpénée, eau purifiée q.s.p 100 ml.

Une cuillère-mesure de 5 ml correspond à une dose unitaire

de 200 mg de métronidazole (benzoate).

### c) Forme pharmaceutique et présentation :

Suspension buvable, Flacon de 120 ml avec cuillère-mesure

de 5 ml.

### d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTIBIOTIQUES ANTIBACTÉRIENS ANTI-PARASITAIRES de la

famille des nitro-5-imidazolés.

## 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines

infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

## 3. ATTENTION !

### a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

• Ce médicament ne doit jamais être utilisé en cas d'allergie

aux médicaments de la famille des imidazolés (famille

d'antibiotiques à laquelle appartient le métronidazole).

• Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en

association avec le disulfirame ou l'alcool (boissons

alcoolisées, médicaments contenant de l'alcool).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER

L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### b) Mises en garde spéciales :

• La prise de boissons alcoolisées durant ce traitement est

déconseillée en raison du risque de réactions à type de

rougeur du visage, chaleur, vomissements, accélération du

rythme cardiaque.

• Il convient d'interrompre le traitement et de consulter un

médecin en cas d'apparition d'une mauvaise coordination

# Flagyl® 32,90

## 4%

Métronidazole

de déficit e  
rares).

### c) Précautions d'emploi :

• En cas d'an

forte dose a

peut être an

certains vom

• En cas de tr

votre méde

(fourmillem

vertiges, con

• En raison d

en cas de m

• Ce médicam

mesure : en

de régime pa

EN CAS DE D

VOTRE MÉDE

### d) Interactions :

AFIN D'ÉVI

PLUSIEURS

disulfirame

MENT TOUT

MÉDECIN OU

La prise de

certaines exa

; le métronid

de Nelson.

### e) Grossesse :

En cas de be

grossesse. Il

médecin ou

médicament