

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient									
 DROITE 11 21 22 GAUCHE 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 19 20 23 24 25 26 27 28 BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>								
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>									
 DROITE 11 21 22 GAUCHE 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 19 20 23 24 25 26 27 28 BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553		
D	H												
25533412 00000000	21433552 00000000												
G													
00000000 35533411	00000000 11433553												

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien



P 17 / 0061613

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Nom & Prénom <i>YAKOUTY ABDELMAJID</i> Fonction <i>Agent</i> Phones <i>0611829083</i> Mail <i></i>		<i>Mme 9271</i> <i>Signature de l'adhérent</i>
MEDECIN Prénom du patient <i>YAKOUTY AYOUB</i> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age <i>13</i> Nature de la maladie <i></i>		<i>Date 26/06/2019</i> <i>Date 1ère visite</i>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i></i>		<i>Signature et cachet du médecin</i>
Nature des actes <i></i> Nbre de Coefficient <i></i> Montant détaillé des honoraires <i></i>		
PHARMACIE Date <i>26-06-2019</i> Montant de la facture <i>52,90</i>		<i>Signature et cachet de l'UCHAIB KAMILI PHARMACEUTIQUE</i> PHARMACIE ULLAL HIZZ Bd. Mohamed V - Berrechid Tel: 0522 22 73 51
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date <i></i>		<i>CACHET</i>
Désignation des Coefficients <i></i> Montant détaillé des Honoraires <i></i>		<i>12 JUIN 2019</i>
AUXILIAIRES MEDICAUX Date <i></i>		<i>CACHET</i>
Nombre <i></i> AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires <i></i>		

~~PHARMACIE~~
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 Pasmida	20,00	20,00
	F lagyl. bip	32,90	32,90
			52,90

Arrêté la présente facture
à la somme de cinquante
deux dinars et 90 centimes

BOUCHAIB KAMILI
PHARMACIE OULED HRIZ
Boulaâboud - Berrechid
Tel: 05 22 33 73 51

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
 - * Dyskénésies biliaires
- Urologie :
 - * Coliques rénales
 - * Dyskénésies rénales
- Gynécologie :
 - * Dysménorrhée 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.

A20570 FLEXIMAT

فلاجيل® 4%

ميترونيدازول

محلول للشرب

1. تعريف الدواء

أ. الاسم :

فلاجيل® 4% في المائة، محلول للشرب

ب. المكونات :

بيزنزوات ميترونيدازول

السواغات : فوسفات أحادي صوديوم

ميدروكسيبيزنزوات بروبيل، سيليكون

ساكارين الصودي ثانوي التبيه، كحول

الحامض، مستخلص البرتقال الحلو

تطابق ملعقة - مقاييس (5 مل)

(بيزنزوات).

ت. الشكل الصيدلي والتقديم :

محلول للشرب، قارورة 120 مل مع

ث. الصنف الصيدلي العلاجي :

مضادات حيوية مضادة للبكتيريا

2. في أيّة حالة أو حالات يستعمل

يوصى هذا الدواء في علاج بعض الت

3. انتهاء !

أ. في أيّة حالة أو حالات لا يجب ا

• لا يجب استعمال هذا الدواء أبداً في

(فترة) المضادات الحيوية التي ينتهي إ

• عامة ما لا يجب استعمال هذا الدو

(مشروبات كحولية، أدوية تحتوي على

في حالة الشك، من الضروري استشارة

ب. تحذيرات خاصة :

• ينصح بعدم استهلاك المشروبات

مثل أحمر الوجه، حرارة، قيء، تسر

• ينبغي توقيف العلاج واستشارة الد

Flagyl® 4%

Métronidazole

Suspension buvable

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) Dénomination :

FLAGYL 4 POUR CENT, susp

b) Composition :

Benzoate de méthronidazole

Excipients : phosphate mon

zoate de méthyle, hydroxybenzoate de propyle, silicoalluminate de magnésium spécial (veegum), saccharose, saccharine sodique dihydratée, alcool éthylique à 95 pour cent v/v, essence concentrée de citron, essence d'orange douce déterpenée, eau purifiée q.s.p 100 ml.

Une cuillère-mesure de 5 ml correspond à une dose unitaire de 200 mg de méthronidazole (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 MÉDICAMENT

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 méthronidazole).
- 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 DOUCE, 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 é

rares).

c) Précaution

• En cas d'an-

forte dose e

peut être am

sanguins vot

• En cas de tr

votre médec

(fourmilleme

vertiges, con

• En raison d

en cas de ma

• Ce médicam

mesure : en

de régime pa

EN CAS DE

VOTRE MÉDE

d) Interactio

AFIN D'ÉVI

PLUSIEURS

disulfirame

MENT TOUT

MÉDECIN OU

La prise de c

certains exa

; le méthroni

de Nelson.

e) Grossesse

En cas de be

grossesse. Il o

médecin ou

médicament

M00002501