

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													
				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"/>												
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 0 10px;">H</td> <td style="width: 30%; text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H	G	25533412 00000000		21433552 00000000	00000000		00000000	35533411		11433553		Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
D	H	G														
25533412 00000000		21433552 00000000														
00000000		00000000														
35533411		11433553														



P 17 / 0066853

DATE DE DEPOT

17 / 06 /2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9198	 17 JUIN 2019 ACCUEIL	
Nom & Prénom ELMRAH SAID		Phones 0661798981		
Fonction RETRAITÉ		Mail elmrabs@yahoo.fr		
MEDECIN	Prénom du patient SAID			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 67 ans	Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE	Date 06/03/19			
Montant de la facture 693,80				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date				
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date				
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr Mohamed Amine LAABI

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

Diplômé de la faculté de médecine Paris V

Diplômé de l'Institut de Cardiologie de Montréal

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris



الدكتور محمد أمين لاعبي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
و علاج القلب التداخلي

ذبيح كلية الطب بباريس V

ذبيح محمد أمراض القلب والشرايين بمونتريال

مارس سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le... 06/03/2019

Nom du patient :

EL MRAH SATD.

218,00

1- Coopersyl 10mg

X₂

lli wshu



att

3wsi

98,90

2- Amlor 10mg

X₂

lli wshu



Pharmacie MA PERLA
Dr Meryem RYACHI Ep. ZOUINE
Perles de Nouaceur (num 14 N° 1)
Tél: 05 22 53 79 68

693,80

Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achtar, (A côté de Agence INWI)
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إقامة بـ « د » زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة انبوي) الطابق الأول حي المعرف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

ABORATOIRES PFIZER S.A. (Maroc)
avec l'autorisation de PFIZER Inc
New-York U.S.A.

09626039

N.S.D.L.

MANCHE DE VOLTE MEDICINA

Il est à regret que l'orthopédie pouvait

tachycardies ou palpitations.

NES PERSONNES ENTRAINER

DICAMENTS IL FAUT SIGNALER
D'UNE MEDCIN OU A VOTRE
HYPERTENSION arterelle ou contre

RE MEDECIN OU DE VOTRE

se conforme à strictement

THE MEDICIN OU DE VOTRE

dans le traitement preventif de

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

28

6м оц

118000250555

28 COMPRIMÉS

AM lot. 10 mg

UT.AV : 11/21 P.P.V.

LOT N° : 1266664

98,907

09366128 / 3



Fabriqué par
LABORATOIRES PFIZER S.A. (Maroc)
avec l'autorisation de PFIZER Inc
New-York U.S.A.

09626039

TDSN

CONNAISSANCE DE VOTRE MEDECIN.

Il convient de prévenir le médecin.
Les dans la région thoracique pouvant

causer : tachycardies ou palpitations.
visage, œdèmes des jambes.

ATEINES PERSONNES ENTRAINER

mettre l'hypertension artérielle ou contre-
indication à l'usage de ce médicament.

A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE
MEDICAMENT SI FAUT SIGNALER

VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE
pharmacien si conformément au schéma

et dans le traitement préventif de

le VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE
pharmacien si conformément au schéma

et dans le traitement préventif de

le VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE
pharmacien si conformément au schéma

et dans le traitement préventif de

le VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE
pharmacien si conformément au schéma

et dans le traitement préventif de

le VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE
pharmacien si conformément au schéma

et dans le traitement préventif de

le VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE
pharmacien si conformément au schéma

et dans le traitement préventif de

le VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE
pharmacien si conformément au schéma

et dans le traitement préventif de

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Lys 28

10 mg

07/2013

39L01



28 COMPRIMES

Amloz 10 mg

UT.AV : P.P.V.

LOT N° : 126964906986

0 6 9 8 9 0

98,90

09366128/3

Pfizer

COVERSYL
10 mg

COVERSYL

des pellicules

Perindopril arginine

Perindopril arginine

COVERSYL® 10 mg

Perindopril arginine, comprimé pelliculé

e avant de prendre ce formations importantes

esoin de la re lire.
rogez votre médecin, votre
ment prescrit. Ne le donnez
re nocif, même si les signes
désirables, parlez-en à votre
er/ère. Ceci s'applique aussi
mentionné dans cette notice.

اقرءوا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

قائمة 1 : لا يصرف إلا بوصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Perindopril arginine

30 Comprimés pelliculés

10 mg



6 118000 100300

• tel que l'infarctus, chez les patients souffrant de maladie coronaire stable (le flux sanguin alimentant le cœur est réduit ou bloqué) et ayant un antécédent d'infarctus et/ou d'intervention visant à améliorer l'apport sanguin au cœur en dilatant les vaisseaux sanguins.

2.QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE COVERSYL 10 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Ne prenez jamais COVERSYL 10 mg, comprimé pelliculé :

• si vous êtes allergique au perindopril ou à l'un des autres composants contenus dans

- les traitements de l'hypotension artérielle, des collapsus ou de l'asthme (éphédrine, noradrénaline ou adrénaline) ;
- sel d'or, en particulier lors d'administration intraveineuse (utilisés dans le traitement des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde).

COVERSYL 10 mg, comprimé pelliculé avec des aliments et boissons

Il est conseillé de prendre COVERSYL 10 mg, comprimé pelliculé avant un repas.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Grossesse

Vous devez informer votre médecin si vous pensez être (ou susceptible de devenir) enceinte. Votre médecin vous recommandera normalement d'arrêter de prendre COVERSYL 10 mg, comprimé pelliculé avant d'être enceinte ou dès que vous apprenez que vous êtes enceinte. Il vous recommandera de prendre un autre médicament à la place de COVERSYL 10 mg, comprimé pelliculé. COVERSYL 10 mg, comprimé pelliculé est déconseillé en début de grossesse et ne doit pas être pris si vous êtes enceinte de plus de 3 mois, car cela pourrait nuire gravement à votre enfant.

Allaitement

Informez votre médecin si vous allaitez ou êtes sur le point de commencer à allaiter. COVERSYL 10 mg, comprimé pelliculé est déconseillé aux femmes qui allaitent et votre médecin pourra choisir un autre traitement si vous souhaitez allaiter, surtout si votre enfant est un nouveau-né ou un prématuré.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

COUVERSYL 10 mg, comprimé pelliculé n'affecte pas la vigilance mais des sensations de vertiges ou de fatigue en relation avec une baisse de la pression artérielle peuvent survenir chez certains patients. Par conséquent, votre aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines peut être diminuée.

COVERSYL 5mg, comprimé pelliculé sécable contenu dans le lactose monohydraté.

Si votre médecin vous a informé d'une intolerance à certains sucre, contactez-le avant de prendre ce médicament.

3. COMMENT PRENDRE COVERSYL 10 MG, COMPRIME PELLICULÉ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou votre pharmacien en cas de doute. Le comprimé doit être avalé avec un verre d'eau, de préférence à la même heure chaque jour, le matin et avant le repas.

Votre médecin décidera de la dose adaptée pour vous.

Les doses habituelles sont les suivantes :

Hypertension artérielle: la dose usuelle initiale et la dose d'entretien est de 5 mg par jour. Après un mois de traitement, cette dose peut être augmentée à 10 mg par jour si nécessaire.

La dose de 10 mg par jour est la dose maximale recommandée dans l'hypertension.

Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, la dose usuelle initiale est de 2,5 mg par jour. Après un mois de traitement, cette dose peut être augmentée à 5 mg par jour puis, si nécessaire, à 10 mg par jour.

Maladie coronaire stable: la dose usuelle initiale est de 5 mg par jour. Après 2 semaines,

