



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/07/20	C		5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/07/20	809,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

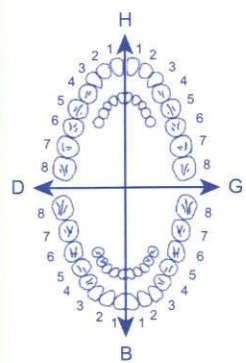
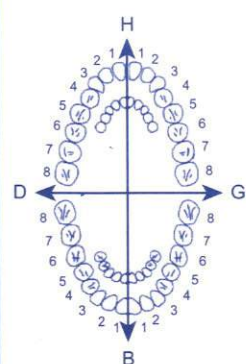
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Oumäïma ACHAGRA

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies
& Chirurgie des Yeux

Esthétique et Pathologie des Paupières
Chirurgie du Strabisme
Chirurgie de la Cataracte
Diplômée des Universités de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Horaires : 9h à 16h
Sur Rendez - vous

KALIEFF®

PPV 28DH40
EXP 12/2023
LOT 99019 4

الدكتورة أميمة أشكري

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

تجميل وأمراض الجفن

طب وجراحة الحول

خريجة جامعة باريس

الإستقبال : 9 صباحا إلى 4 بعد الزوال
بالموعد

07/07/2020

Casablanca, le

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



AMM Maroc
N° 116 DM/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SCITHEMA
B.P N°1, 27182
Sla - MAROC

Steripharma
PPC:151.20 dh

Madame BEN HAMMOU Jelloulia

- CHIBRO-CADRON

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil gauche, pendant 1 semaine

- DIAMOX

1 /2 comprimé, le matin le midi et soir, pendant 2 semaines

- KALIEFF

1/2 cp, le matin pendant 2 semaines

ODM 5

1 goutte 3 fois/j pdt 1 mois

Grande Pharmacie Normale
Société S.A.
39, Bd Mohammed V Casa
Tél : 0522 27 66 77 - 0662 35 68 85

Dr. ACHAGRA Oumaima
Maladies et Chirurgie des Yeux
39, Bd. Mohammed V - Casa
Tél: 022.27 66.77

En cas d'urgence, contacter la Clinique RACHIDI : 05 22 22 12 96

39, شارع محمد الخامس - قرب سينما أ.ب.س. - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97

39, Bd. Mohammed V - Près Cinéma ABC - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97

البريد الإلكتروني : cabinetdocteurachagra@gmail.com - GSM : 06 62 18 38 27 - E-mail :