



## RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/09/20        | C                 | 1                     | 150,-                           | INP 091183491  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE DU PARADIS</b><br>Dr. BOUSSAIDI Zainab<br>N° 8 Dar Lamia<br>El Hammadi - CASABLANCA<br>71 | 25/08/2020 | 383,7                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

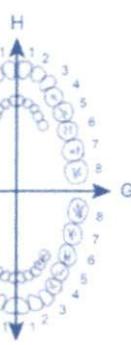
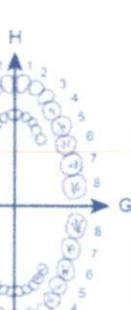
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |
|                                     |                   | .....  |     |     |     | .....                              |

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |
|--|---|------------------|-------------|---|
|   |   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  |   |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|  |   |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |   |
|  | $  \begin{array}{r rr}  & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  & B & H  \end{array}  $ |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|  |   |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ex. Médecin Chef des FAR

Omnipraticien

طبيب عسكري سابق

Ex. Médecin Directeur du BMH

طبيب محل

طبيب مدير بحفظ الصحة سابق

Ex. Médecin des Polycliniques ONE

طبيب بعيادة الكهربائيين سابق

Diabète - Traitement Douleurs

السكري - علاج الآلام

Circoncision des Enfants

ختانة الأطفال

Echographie - ECG

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

Tél : 0522 62 70 69

الهاتف : 0522 62 70 69



29/08/20

الدار البيضاء، في :

Casablanca, le :



091183491

34,70

Scort 20

75

24 - 205 g

Triglyc

75

ms 21

TANTALUM

75

23

Triglyc 40

75

129 p = 1 helb



دار الحسين، م، بلوغ 2، شقة 4، الطابق الأول ( أمام صيدلية الترس ) الحي المحمدية - الدار البيضاء  
Dar Lamane M, Bloc 2, Appt 4, 1<sup>st</sup> étage (en face Pharmacie Paradis) Hay Mohammad - Casablanca  
In cas d'Urgence : 0661 16 16 30 e-mail : doc.jamil@hotmail.com 0661 16 16 30

383,00

129,00

# Ezium<sup>®</sup>

Esoméprazole

PPV : 119DH20  
PER : 04/22  
LOT : J1866-2



30 COMPRIMÉS ENROBÉS  
tanakal 40 mg

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable  
Casablanca - Maroc  
quartier Industriel, Zénata, Ain Sébaâ  
km 10 route Casablanca  
maphar  
IPSEN Pharma

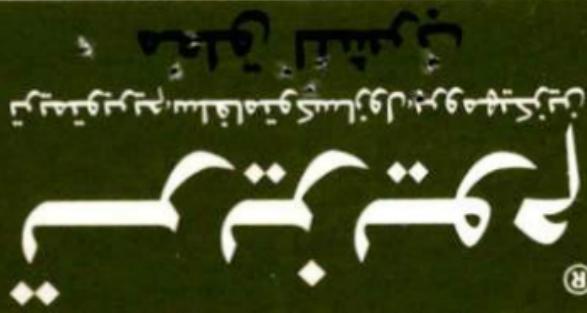
Ce médicament est indiqué dans le  
traitement symptomatique de certains  
troubles cognitifs du sujet âgé  
(en particulier troubles de la mémoire)  
à l'exception de tout type de démence  
confirmée, de troubles secondaires à des  
troubles métaboliques  
médicamenteux, à une dépression ou à des

7130



120

20 mg



CORT  
Prednisolone

20 Comprimés  
effervescents  
sécables

Voie orale

34/70

TriSium®  
SUSPENSION ORALE  
120 cc.

755.680.07.17