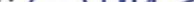


Signature de l'adhérent(e) : 

[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|---------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | 29.5.23 | | 361,80 |

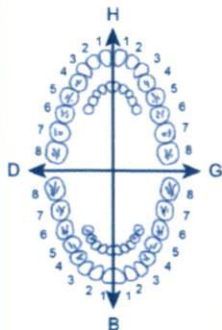
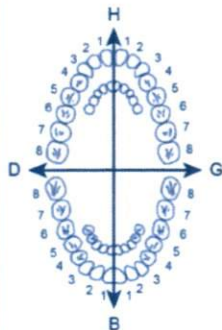
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

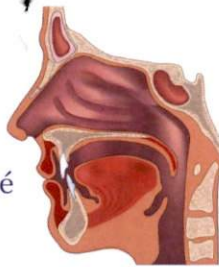
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Amine Mohammed DAHIK

Oto-Rhino-Laryngologiste

Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et Cou
Exploration et traitement de surdité
Vertige - Troubles de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie
Chirurgie de la thyroide



د. امين محمد ضاحك

إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف
والحنجرة - الأذن - الوجه و العنق
تشخيص و علاج الصمم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
التشخيص و الحساسية
أمراض وجراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 29/5/2023

Att Tahdi Lohcen

115,00x2

1) Avamys

(2 Boites)



2 fois

x

21

x

7 mois

puis 1 ph

x

21

x

7 mois

36,00

2) Betastene

2



2 fois

x

8

73,40

3) Erlus



21,80

1 ph

x

7 mois

4) Polydexa ph



4 fois

x

31

+ 1 D



361,80

تجربة نورة 5، زلفة بدر، شقة رقم 3، الطابق الأول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة

Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1er étage - Deroua

Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.dahikamine@gmail.com

DR AMINE MOHAMMED
ORL et chirurgie cervico-faciale
Tél : 091216598

PPV
LOT
PER

73,40



صريق الفم

PHARMAS
LOT : 1154
UT.AV: 01-26
PPV: 36DH60

Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation
Suspension pour pulvérisation nasale
Furoate de fluticasone

France

Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 115,00 DH



6 118001 142262

ID: 651173

YDEXA

®

CLUTION
URICULAIRE
OUTTES

pas avaler



2180

France
Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation
Suspension pour pulvérisation nasale
Furoate de fluticasone

6 ID:651173
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
118001 142262