



## 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
10 JAN 2024	C		200AH	INPE: 091069686 طبيب ملطف معقم فم ٦٠ ٧٢٩٠١٠٤٣٢٩٠٣٠٢٦١

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'AMOUR D'ABORD Cachet du pharmacien - N° 0522351028	10/01/24	478,00
I INPE: 091069686		

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

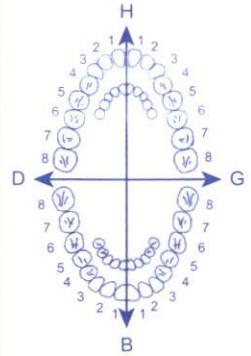
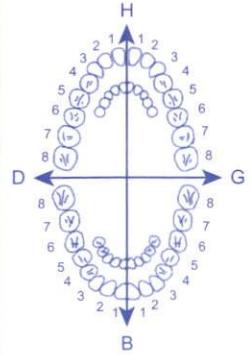
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553			
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
DATE DU DEVIS				MONTANTS DES SOINS												
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلـف

CHARIBA

Abdelkhalik

Casablanca le : 10 JAN 2024

1 - OptiKee 200  
170,00 ₦  
eg x2/p

2 - Cefimed 20  
40,00 ₦  
34/1

3 - Paradol 50  
14,50 ₦  
eg x2/p

4 - Toplext 50  
25,70 ₦  
eg x2/p

5 - Qedex 20  
93,00 ₦  
eg/1

6 - Neofortan 160  
98,80 ₦  
eg x3/p

طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء 60

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgza@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

LOT 231088  
EXP 03/25

LOT 211264  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

PPV: 400H00  
PER: 06/26  
LOT: M1338

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V : 15DH70  
LOT: 23043  
PER: 09/2024  
6 118000 060901

NEOFORTAN® 160 mg  
PPV 98DH80  
EXP 08/2026  
LOT 36028 1

de 2 à 6 mois  
enfants d'autres  
Demandez à votre  
Marché :  
Qualité : Antibiotique  
Contenu : 160 mg  
du 01/10 au 31/12  
durée : 1 mois  
MATIN MID SOIR DURÉE  
LOT : 0110  
PER : FEV/2025  
PPV : 14 DH 50  
PPV: 80DH00  
PER: 06/26  
LOT: M1838  
bott..