

Fait à : 2080 Le : 28/10/13
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

| 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 |
| 26.10.13 | 2 | | | INP : <input type="text"/> |
| 26.10.13 | 13 | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 26/10/13 | 626.10 |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

| 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'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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | G | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

Docteur Houria EL MADMAD ABABOU

Neurologie Neurochirurgie

Electro-Encephalographie

Sur Rendez-vous



الدكتورة حورية المضمض عبابو

إختصاصية في أمراض الرأس

جراحة الدماغ و العمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

بالموعد

Casablanca, le : 26.10.19 : الدار البيضاء ، في :

Dr. EL MADMAD ABABOU
Neurologie & Neurochirurgie

Prescription:

- 1/2 cp matin
- 1/2 cp x 2/j
- 1/2 cp soir
- 1 cp x 2/j
- 1 cp x 2/j

Tr 626.10

Tu 02 mois RDV 21 décembre

17, «Pasteur Build» Place Charles Nicole - 1^{er} étage (Face à l'institut Pasteur) - Casablanca

Tél.: 05 22 22 84 18 - Urgences : 06 61 31 11 14

E-mail : elmad-neuro@hotmail.com

PRINCI-B

FORT®

PPU 50.60 DH
LOT N622 PER 05/22

30 comprimés enrobés

Voie orale

Vit
B1

Vit
B6

Vit
B12

PRINCI-B

FORT®

PPU 50.60 DH
LOT N622 PER 05/22

30 comprimés enrobés

Voie orale

Vit
B1

Vit
B6

Vit
B12

PRINCI-B

FORT®

PPU 50.60 DH
LOT N622 PER 05/22

30 comprimés enrobés

Voie orale

Vit
B1

Vit
B6

Vit
B12



SYNTHEMEDIC

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b bottu s.a.
82, Allée des Cassanthes - Ah: Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV:14DH00

PER:09/22

LOT:I2017



DERO

Paroxétine
Comprimé pelliculé

ID : 632365

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 83,70 DH

6 118001 140237

AMM MA: 85/12DMP/21/NRQ
AMM TN: 5163041

40 mg

AVLOXARDYL
PROPRANOLOL

41,80





DEROXat

Paroxétine

Comprimé pelliculé sécable

20 mg

ID : 632365

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 83,70 DH



14
Comprimés Pelliculés
Sécables

AMM MA: 85/12DMP/21/NRQ

AMM TN: 5163041



DEROXat

Paroxétine

Comprimé pelliculé sécable

20 mg

ID : 632365

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 83,70 DH



14
Comprimés Pelliculés
Sécables

AMM MA: 85/12DMP/21/NRQ

AMM TN: 5163041



DEROXat

Paroxétine

Comprimé pelliculé sécable

20 mg

ID : 632365

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 83,70 DH



14
Comprimés Pelliculés
Sécables

AMM MA: 85/12DMP/21/NRQ

AMM TN: 5163041

*Docteur Houria El Madmad Ababou
Neurologie & Neurochirurgie*

Casablanca le 26 Octobre 2019

Note d'honoraires :

Consultation C2 à 300,00 dhs

Electroencéphalographie (EEG) à 700,00 dhs

Total TTC = 1000,00 dhs

Compte- rendu de l' EEG pratiquée pour Mr BOURASSI SAAD

Tracé EEG fait d'ondes alpha symétrique , bien organisé réactif à l'ouverture des yeux

Les différentes manoeuvres d'activation en particulier la SLI et l'HPN ne modifient pas le tracé

17, "Pasteur Build" Place Charles Nicole
1er Etage n°10 Casablanca.
Tel 05 22 22 84 18 Email :elmad-euro@hotmail.com

Dr. EL MADMAD ABABOU
Neurologie & Neurochirurgie

