

[illegible]

► Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Oto-Rhino-Laryngologie
et laryngologie de la voix

KE-001918335000002-IF:14477065 INPE:091

849 GC

.....

.....

S

Montant
des Honoraires

	Montant détaillé
--	------------------

IM	IV	des Honoraires

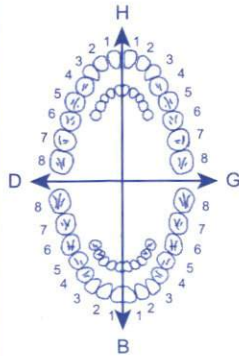
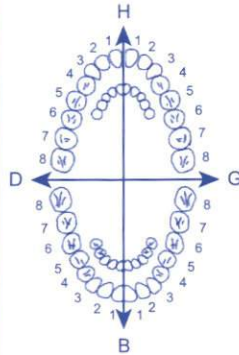
--	--

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

Coefficient

FIN
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAİRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



- اختصاصي في أمراض و جراحة
الأنف، الأنف و الحنجرة
- اختصاصي في جراحة السرطان
- جراحة أعضاء الوجه و العنق
- رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)

Casablanca, le
15/09/2020

MLLE MENKOR MAHA

- Flixotide aérosol 250 µg hfa 134a
1 dose, matin, soir, pendant 2 semaines
- Omiz 20 mg
1 gélule, le soir, pendant 15 jours
- Dolostop 1000 mg
1 comprimé si douleur toutes les 6 heures pendant 5 jours



PHARMACIE ANNASR
Docteur en Pharmacie
Assalam II ZIGH 4 El Guffa
Tél: 05 22 93 28 13 - Fax: 05 22 93 28 33

PHARMACIE ANNASR
Docteur en Pharmacie
Assalam II ZIGH 4 El Guffa
Tél: 05 22 93 28 13 - Fax: 05 22 93 28 33

Dr. BENLYAZID EL HASANI Ail
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la face et du cou
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
ICE: 001918333000002 - IF: 14477065 INPE: 091169052

87,40

20 مغ

أوميدز[®]

أوميبرازول



كبسولة

عن طريق الفم

28



وحدات جيبية مقاومة للمضادة المعدية

ID : 630268

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 150,00 DH



6 118001 140336

ملغ 1000

دولوسدطوب®

باراسيتامول

الأوجاع و الحمى

للحبار

8

أقراص
عن طريق الفم

PHARMAT5

100,60