



## 9



# 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
07/01/2020	5		2001 - DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/2020	586,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

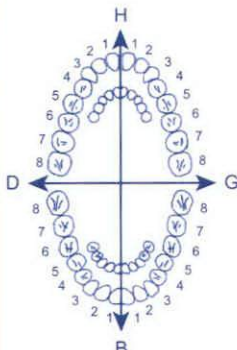
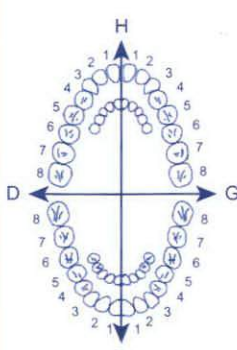
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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 CCOEFFICIENT 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>D</td> <td>G</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> </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

# Dr Mona ZAKI

**Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU d'Imagerie et de pathologies rétiniennes  
de La faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de La faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Retractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



## الدكتورة منة زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للإبصار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بورديو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

RIMA PHARMA

PVC : 120,00

navihi dr

Casablanca, Le : 07 janvier 2020 في

Mr. TAZGUI Lhou

EOLE Dual 10 ml  
Gouttes oculaires

PPC: 135,00

1/ NAVIBLEF



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 22,60 DHS

Représenté par COOPER PHARMA - 47, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

à prendre

2 par jour pd 15j

puis 1 app par jour pd 1 mois

2/ EOLE DUAL



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 22,60 DHS

Représenté par COOPER PHARMA - 47, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

4 fois par jour, 2 Mois

3/ ZALERG



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

1 goutte 2 fois par jour, 1 Mois

4/ FLUCON: COLLYRE



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

1 goutte 3 fois par jour, 15 jours

05 22 90 15 24

18, Lotissement Saad El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - T

E-mail : drzaki@ophthalmologuecas.com

05 22 90 15 24

18, Lotissement Saad El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - T

E-mail : drzaki@ophthalmologuecas.com

05 22 90 15 24

18, Lotissement Saad El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - T