





[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HAMZA</b> <b>CAS BLANCA</b> 125, Haj fatche rue 6 N° 3 Lot. 64 Algiers - Tél: 0522 93 10 28	22/07/21	36,90

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

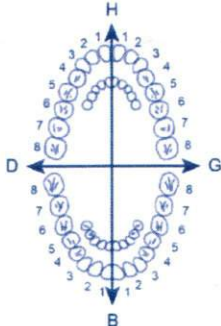
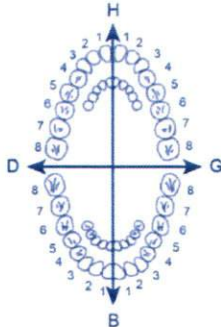
[illegible]

# 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 canalaire, 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>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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**CASABLANCA**  
 Lotis. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64  
 Casablanca - Tél: 0522.93 10 24

Le 26/07/2021

**Facture N° 30**

Mme DERKADU I  
MALIKA

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
01	Spafo lycorine	19,50	SV
01	permoval creme	17,00	SV
			36,50

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lotiss. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 38

PPV : 19,50 CH

AMM N° 127/15 DMP/21/NRC



LOT N2932

MFG 19-11-2020

EXP 11-2023

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants**  
Keep out of reach and sight of children



Tenir  
à température  
<+30°C

Do not store  
above +30°C



Tenir à l'abri  
de l'humidité

Store away  
from humidity

Voie orale/Oral route

**Pour/For**  
Acino France SAS  
76-78, Avenue du Midi  
63800 Cournon d'Auvergne  
France

**Fabriqué par/  
Manufactured by**  
Gallen LPS  
22 rue Edmé Laborde  
58000 Nevers, France



EXP 01 2023

Lot 65207

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH  
ID: 646945  
6 118000 161295



**Dermoval 0,05 % CREME**

Voie cutanée

**NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I - Uniquement sur ordonnance