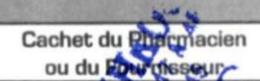


Signature de l'adhérent(e) :

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										
25/11/25	G2		300	INP : <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 										

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/2022	372.40

[illegible]

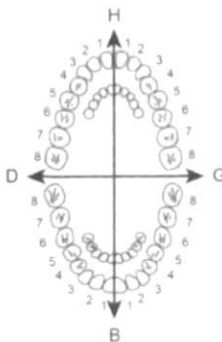
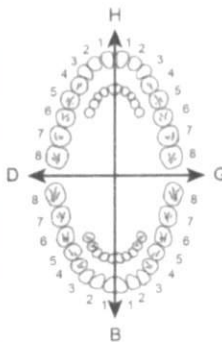
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					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

Dr. SERRAJ ANDALOUSSI Naïma

Pédiatre-Néonatalogue

الدكتورة سراج أندلسي نعيمة

إختصاصية في طب الطفل و الرضيع



PHARMACIE BACHKOU
1st ERAC BACHKOU N° 47 A
Mairat Tél 022 83 35 45
AMRIT OUALID
tout en Pharmacie

Enfant Yacout BENABDELJALIL

22.01.2022

Age 8 ans

Poids 27,300 Kg

(S.V)

1) VOGALENE 5mg suppos séc : Plq/10

Mettre 2 suppositoires le matin, à midi et le soir, avant le repas

2) AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdr p susp

buv enf : FI/60ml

Donner 1 dose poids de 27 kilos le matin, à midi et le soir pendant 8 jours

3) PRED CP 20 MG

Prendre 2 comprimés le matin, après le repas, pendant 5 jours

4) ZITX900

Donner 1 dose poids de 27 kilos pendant 5 jours

5) VITAMINE C UPSA 1000mg cp efferv : 2T/10

Prendre 1/2 comprimé le matin pendant 7 jours

6) DOLIPRANE 500 mg pdr p sol buv : 12Sach

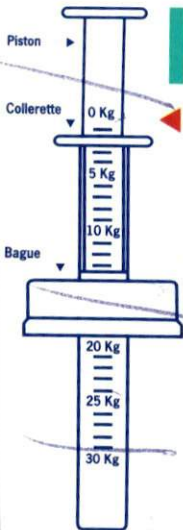
Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir

Dr. SERRAJ ANDALOUSSI Naïma
Pédiatre - Néonatalogue
122, Av. 2 Mars - CASA
022 86.23.72

05.22.86.23.72 : 06.61.33.31.75
Résidence NASR ALLAH-122, Bd 2 Mars Angle Moulay Idriss1, 2ème Etage -Appt.6 CASABLANCA -Tél.: 05.22.86.23.72 -GSM : 06.61.33.31.75

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



enfant

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

جرعة رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل
قبل الأكل، مدة.... يوم

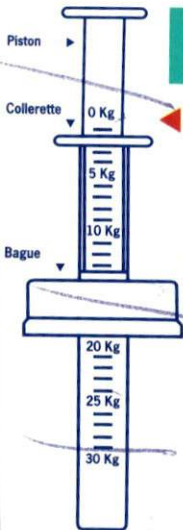
PPV: 70,60 DH
LOT: 648053
PER: 08/2023

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



enfant

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

جرعة رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل
قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 70,60 DH
LOT: 648053
PER: 08/2023

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UT. AV.: 09 2024
LOT N°: FN7995
P.P.V.: 70 00

P10008977

UT. AV.: 09 2024
LOT N°: FN7995
P.P.V.: 70 00

P10008977