



RELEVE 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
15/12/2022	C 13	300	300	INP : 1234567890
2022				USSI ABP 1234567890 Autre Neuro 1234567890 Home 1234567890 S Imm. 1234567890 Statif. 1234567890 Cas 1234567890

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE H0 15/12/22 05.22.89.05.00 www.pharmacie-h0.be ELIFEX-05.22.89.05.00 SIMON GOURTEREAN	15/12/22	313,40

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																
	<b>SOINS DENTAIRES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th>INP :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>				Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																																												
				_____																																												
				_____																																												
				_____																																												
				_____																																												
				_____																																												
				_____																																												
				_____																																												
				_____																																												
			_____																																													
			_____																																													
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																																																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																																																
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																																																
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																																																
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">           H            25533412   21433552            00000000   00000000            D              00000000   00000000            35533411   11433553            B         </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>(Création, remont, adjonction)</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   00000000   00000000 35533411   11433553 B				<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																															
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   00000000   00000000 35533411   11433553 B																																															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																															
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																																																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																																																
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																																																
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																																																

# عيادة طب الأطفال الفردوس

CABINET MÉDICAL PÉDIATRIQUE AL FIRDAOUS

Dr. ROUSSI Abdelfettah

Pédiatre - Homéopathie

Échographie

Allergologie / Asthme

Exploration Échographique

الدكتور عبد الفتاح الروسي

طبيب الأطفال والرضع

الطب المثلثي

تشخيص و تتبع الربو والحساسية

الفحص بالصدى "الايكوغرافيا"

NOM : DALLOUL OTHMANE

DATE : 15/12/2022

AGE : ans

P : 21kg

O° : 37°

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Oroken 100mg/5ml  
gr fl 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH  
6 118001 080052

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Oroken 100mg/5ml  
gr fl 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH  
6 118001 080052

12.80

- DOLIPRANE 300 SUPP

22.80 - ALGANTIL SIROP

EN ALTERNANCE TOUTES LES 4H SI FEVERE

19.30x2 OROKEN 100 SIROP POIDS 2X/JX 8J

40.00 - COTIPRED 20MG CP 1/2 CP/JX6J

313.00

Formule :  
Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de mésulfobenzoate sodique)  
Excipients ..... 0,8 g. 1 comprimé effervescent sécable  
Ce conditionnement contient au total quatre cent milligrammes de prednisolone (sous forme de mésulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 40DH00

PER : 09/25

LOT : L3105

PPV 22DH00 EXP 05/2025  
LOT 24003 10

ALGANTIL®

Suspension buvable pédiatrique

150 ml

épasse pas ..... jours

idence Al Firdaus - App. n°2  
justice de la famille) - Casablanca

• E-mail : a.rouissi@menara.ma

36036213