

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents<br>Traitées | Nature<br>des soins | Coefficient | Coefficient<br>des travaux | Montant des soins | Début d'exécution | Fin d'exécution |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
|                 |                   |                     |             |                            |                   |                   |                 |
|                 |                   |                     |             |                            |                   |                   |                 |
|                 |                   |                     |             |                            |                   |                   |                 |
|                 |                   |                     |             |                            |                   |                   |                 |
|                 |                   |                     |             |                            |                   |                   |                 |
|                 |                   |                     |             |                            |                   |                   |                 |
|                 |                   |                     |             |                            |                   |                   |                 |
|                 |                   |                     |             |                            |                   |                   |                 |

  

| O.D.F.<br>Prothèses dentaires | Détermination du coefficient<br>masticatoire   | Coefficient<br>des travaux | Montant des soins | Date du devis | Fin d'exécution |          |  |          |          |  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|----------------------------|-------------------|---------------|-----------------|----------|--|----------|----------|--|---|---|--|----------|----------|--|----------|----------|--|--|--|--|--|
|                               | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> | H                          |                   |               | 25533412        | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D | G |  | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  |  |  |  |  |
|                               | H  |                            |                   |               |                 |          |  |          |          |  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |  |  |  |  |
|                               | 25533412   | 21433552                   |                   |               |                 |          |  |          |          |  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |  |  |  |  |
|                               | 00000000   | 00000000                   |                   |               |                 |          |  |          |          |  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |  |  |  |  |
| D                             | G  |                            |                   |               |                 |          |  |          |          |  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |  |  |  |  |
| 00000000                      | 00000000   |                            |                   |               |                 |          |  |          |          |  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |  |  |  |  |
| 35533411                      | 11433553   |                            |                   |               |                 |          |  |          |          |  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |  |  |  |  |
|                               |  |                            |                   |               |                 |          |  |          |          |  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |  |  |  |  |
|                               |  |                            |                   |               |                 |          |  |          |          |  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |  |  |  |  |

  

| Visa et cachet du praticien<br>attestant le devis | Visa et cachet du praticien<br>attestant l'exécution |
|---|--|
|   |  |



P 14/0037502

DATE DE DEPOT  
/ / 201

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT   |    |                                   | Mle 7122         |                                 |  |
|--|----|-----------------------------------|------------------|---------------------------------|--|
| Nom & Prénom   |    |                                   | ALZENOURI Ahmed  |                                 |  |
| Fonction   |    |                                   | Rattaché PNC     |                                 |  |
| Phones   |    |                                   | 0669774633       |                                 |  |
| Mail   |    |                                   | ALZEOS@gmail.com |                                 |  |
| MEDECIN  |    | Prénom du patient                 |                  |                                 |  |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>   |    | Conjoint <input type="checkbox"/> |                  | Enfant <input type="checkbox"/> |  |
| Age  |    | 63                                |                  | Date 26/03/2019                 |  |
| Nature de la maladie   |    | Accident vasculaire cérébral      |                  |                                 |  |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  |    |                                   |                  |                                 |  |
| Nature des actes   |    | Nbre de Coefficient               |                  | Montant détaillé des honoraires |  |
| Consultat  |    | GRATUE                            |                  |                                 |  |
| PHARMACIE  |    | Date                              |                  | 26/03/19                        |  |
| Montant de la facture  |    | 530,30 DA                         |                  |                                 |  |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES   |    | Date 26/03/19                     |                  |                                 |  |
| Désignation des Coefficients   |    | Montant détaillé des Honoraires   |                  |                                 |  |
|  |    |                                   |                  |                                 |  |
| AUXILIAIRES MEDICAUX   |    | Date 26/03/2019                   |                  |                                 |  |
| Nombre   |    | Montant détaillé des honoraires   |                  |                                 |  |
| AM   | PC | IM                                | IV               |                                 |  |
| 20 x 200   |    | = 4000                            |                  |                                 |  |
| <p><b>YETRIB MOHAMED AMINE</b><br/>CENTRE KINESITHERAPIE BOUAFI<br/>Rue l'Herault N°4 Bis Av. Nador - Casa<br/>Tél: 06 08 09 45 54 / Fix: 06 64 72 87 59</p> |    |                                   |                  |                                 |  |



1900036739 / H0119011060

Prénom : Ahmed

Nom : AL-ZEMMOURI

DDN : 20/12/1955 E: 18/03/2019

Service : SOINS INTENSIFS (C365)

وصفة طبية  
MUPRAS  
Sexe: M

20/03/2019

27-70  
(1)

Cardiogram

1 cp / J

179.20  
(2)

TALON 40mg

1 cp / J

113.50  
(3)

Nedige 25

0 - 0 - 1 cp / J

PHARMACIE TADDART  
LAMSEFER WAFIA  
3 Bis, Route Taddart - BACHKOU  
Tel: 05 22 28 21 67

PHARMACIE TADDART  
3 Bis, Route Taddart  
BACHKOU  
Tel: 05 22 28 21 67

157

145.90

④

Lovely E. Sing

200/5

35.10

⑤

Bridance up

100 + 35

28.10

⑥

Atarax up

1 - 0 - 1

PHARMACIE TADDART  
3 Bis, Route Taddart  
BACHKOU  
Tel. 28-21-67

PHARMACIE TADDART  
LAMSETER Wataa  
3 Bis, Route Taddart  
Tel. 05 22 28 21 67 Fax: 05 22 85 63 33

530.80

PHARMACIE TADDART S.A.R.L  
LAMSETER Wataa  
3, Bis Bd. Hocherim (Haut) Taddart  
Tel: 05 22 28 21 67 Fax: 05 22 85 63 33





وصفة طبية

26/08/2019

Ordonnance

Casablanca, le :

Dr. Algemmin Ned

Deficit moteur de  
la main droite

un bras partiel par  
AVC

Le S/L rééducation

motrice

(20 séances) 2 fois / J



**Centre Kinésithérapie BOUAFI**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute



Rééducation en rhumatologie - Traumatologie - Uro-gynécologie - Neurologie - Pédiatrie  
Kiné Respiratoire - Kiné du Sport - Drainage lymphatique

☒ Devis pour entente préalable

Casablanca le: 27/03/2019

☐ Facture n° .....

Nom et prénom du patient : Abgemouri Ahmed

Assurance / mutuelle : P.O.P.R.A.S

Date de la prescription : 26/03/2019

Médecin traitant : Pr. Ass. HAZIM ASMAA

Pathologie : A.V.C

Rééducations : Au Cabinet ☐ A Domicile ☒

| NOMBRE DES SÉANCES | PRIX UNITAIRE | TOTAL TTC |
|--------------------|---------------|-----------|
| 20<br>(2x/j)       | 200           | 4000,00   |

HT. = ..... TVA. = .....

Cachet et signature:

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**YETRIB MOHAMED AMINE**  
CENTRE KINESITHERAPIE BOUAFI  
Rue l'Herault N°4 Bis Av. Nador - Casa  
Tél: 06 08 09 45 54 / Fix: 06 64 72 87 59

**RUE L'HERAULT HAY JAFAFI 4 BIS POLO CASABLANCA TEL:0664.72.87.59**

145,90

MEDIZAPIN® 2.5 mg  
30 comprimés



6 118001 150922

30 قرصا ملبسا

LOT: 019  
PER: JAN 2021  
PPV: 113 DH 50



معد الصيدلة

BECIDOUZE® 20 dragées

-- LAPRGPHAN --

EXP 06/2021  
LOT 83005 4

PH: 21DH90

ner

Assurez-vous avoir besoin de la relire.

En cas de questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Le médicament a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre.

Il pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non habituel, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV:  
EXP:  
LOT:

179DH00  
09/2021  
AH2463

## Cardioaspirine 100 mg, comprimés gastro-résistants

### Dans cette notice :

1. Qu'est ce que Cardioaspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre Cardioaspirine 100 mg ?
3. Comment prendre cardioaspirine 100 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Cardioaspirine 100 mg ?
6. Informations supplémentaires

Cardioaspirine 100 mg/30 cps

Acide acétylsalicylique

P.H. : 17,30 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

### 1. QU'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Cardioaspirine 100 mg contient de l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à faibles doses, l'aggrégation plaquettaire à son enrobage résistant à l'acidité gastrique, le comprimé ne se dissout que dans l'intestin grêle. Cardioaspirine 100 mg épargne la muqueuse gastrique.

#### Cardioaspirine 100 mg doit être utilisée lors:

- de la prévention d'infarctus du myocarde chez les patients chez lesquels le médecin a constaté des facteurs de risque tels que hypertension, diabète sucré, taux de lipides élevés doivent également arrêter de fumer.
- de la prévention de la formation de thromboses artérielles après opérations sur les artères coronaires (pontage et suppression d'une sténose).
- de la prévention des attaques cérébrales, suite à l'apparition de signes précurseurs (accidents ischémiques transitoires, AIT).



29,10