

M22- 0033191

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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
12/01/23	CS + ECG		450 M 100 M	DR. LOURIZ MAHA Médecin Spécialiste en Urgentologie INPE : 061185252

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

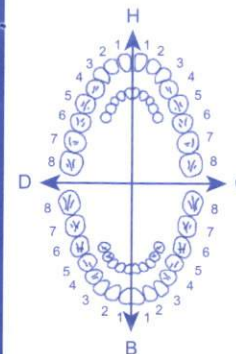
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

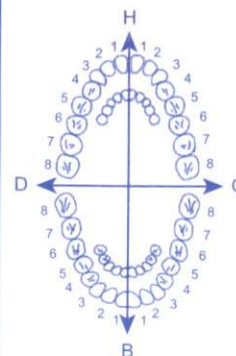
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Reçu de caisse

N° : 2301122051087040 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300622781	SABOUR AZIZ	12/01/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	13203	550,00
PAYANT	Total payé	550,00
CINQ CENT CINQUANTE DIR		

Reçu établi par : MOH.RHO


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 22 03 53 45
Fax : 05 22 03 44 77
e-mail : contact@hkh.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 6 050 / 2023 du 12/01/23

Nom patient : **SABOUR AZIZ**

Entrée 12/01/23

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/01/23

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECG	1,00		100,00	100,00
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE EN DECHOCAGE	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	550,00
Total Frais Clinique				550,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 550,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			550,00		550,00	0,00

[Signature]

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: contact@hkhz.gov.qa

pour 9

78 bpm

ID:

Iom :

Iexe: M

Date de naissance:

cm

kg

Ireq. ventr.

Int. PR

Iurée QRS

Int. QT/QTc(E)

Ixe P/QRS/T

Impl RV5/SV1

Impl RV5+SV1

2300622781 / H0123001440

Prénom: AZIZ

Nom: SABOUR

*** DDN : 29/06/1959 E: 12/01/2023

Service: URGENCES (NA)

U.88 mV

PAYANT
Sexe: M

1210 Fibrillation auriculaire

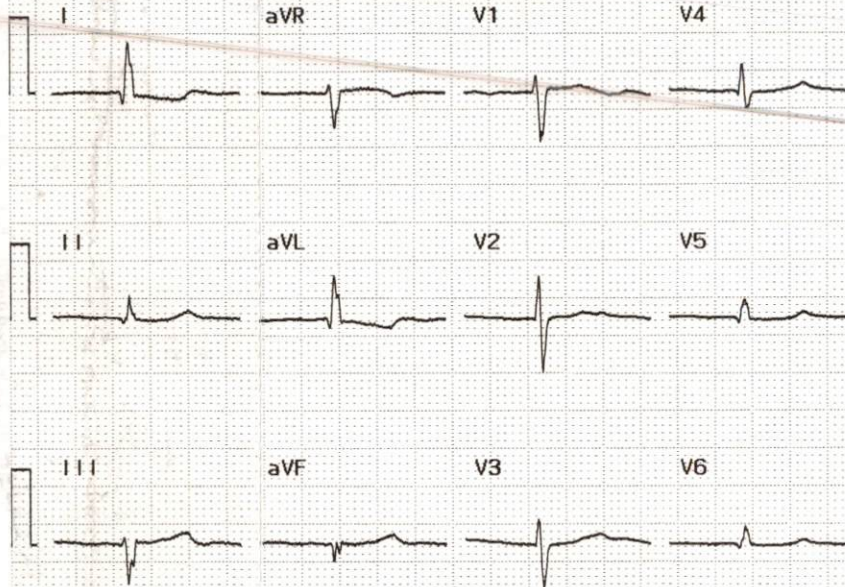
3633 Infarctus du myocarde inférieur, probablement ancien

40126 Sous-décalage ST modéré, effet probable de la digitaline

45646 Anomalie de l'onde T, ischémie latérale ou effet de la digitaline possible

9150 ** ECG anormal **

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Iapport non confirmé

Ievu par :

Iexamen :

ID:

Nom :

Sexe:M

Date de naissance:

ans

Médicament :

cm

kg

/

mmHg

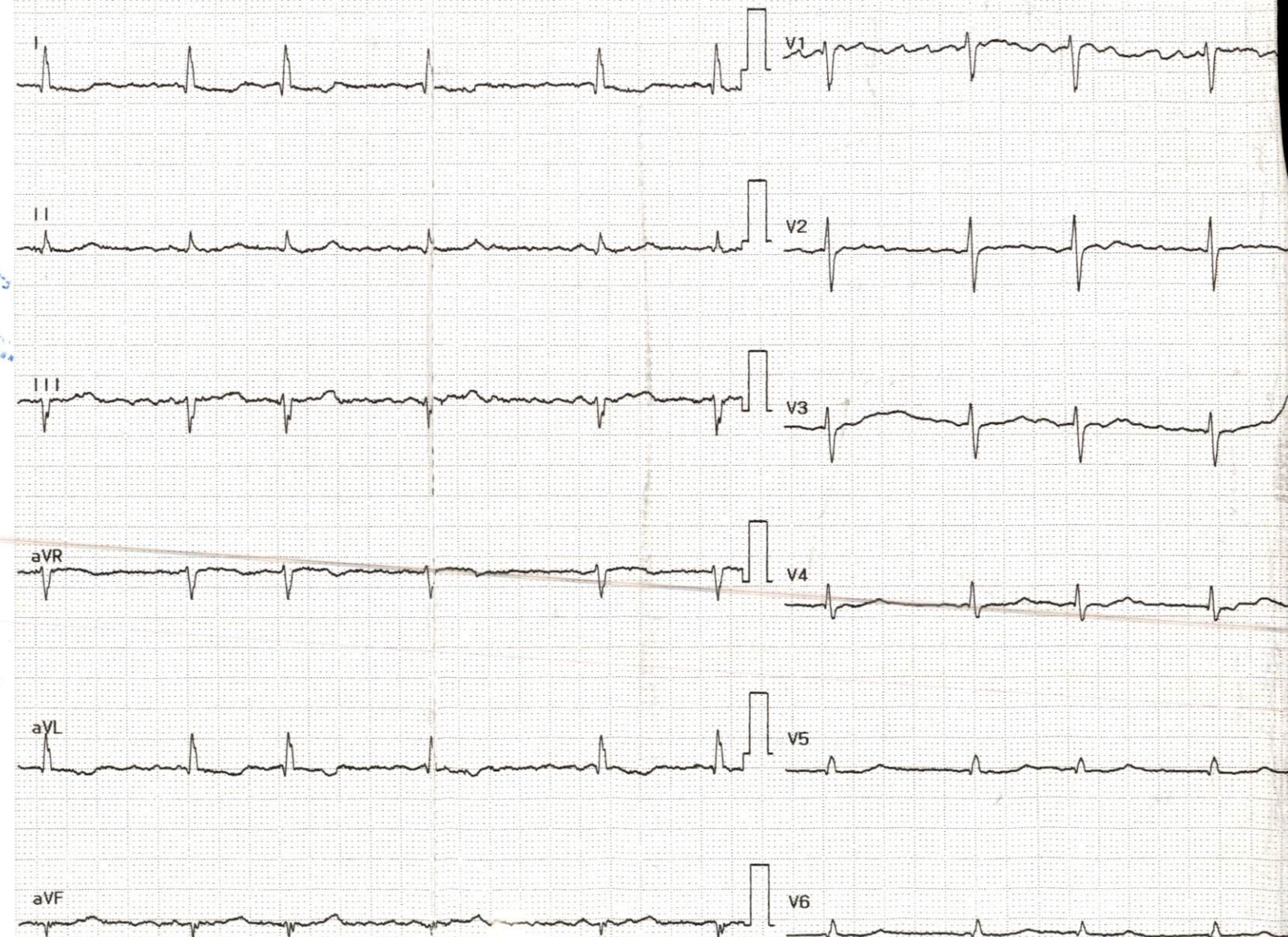
Symptômes :

Antécédents :

10 mm/mV 25 mm/s

Filtre : H50 d 100 Hz

10 mm/mV



Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
e-mail: contact@rckm.hck.ma