

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/12/19	soin enfant		1380,52	

N° de Malades du Musée de l'Homme
 1728, Bd. de la Chapelle - C85
 Tél: 05 14 14 14
 Fax: 05 14 83 08 80
POLYCLINIQUE MARSALAM
 1728, Bd. de la Chapelle - C85
 Tél: 05 14 14 14
 Fax: 05 14 83 08 80

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																		
[Création, remont, adjonction] 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



مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

20/12/15

Dr Chafia Amizah

↳ Hospitalisation
pour PH (prostate)
offe inflamm offe
ms-

DR PABT MA
Spécialiste des Maladies du système
Nerveux et Toxine Botulique
ENMG - EEG - EMG - EMG - EMG

URGENCES 24/24 مستعجلات

Séjour : Du 28/12/2019 au 28/12/2019
Patient : Mme CHFIRI Fatima Ezzahra
N° Dossier : 19L28082401
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
AIGUILLE pl 22GX90MM NOIR	40,00 Dh	1	40,00 Dh
ALESE JETTABLE	12,00 Dh	1	12,00 Dh
COMPRESSE 10x10(10)	10,00 Dh	2	20,00 Dh
GANT STERILE 7.5	9,00 Dh	1	9,00 Dh
GANTS JETTABLES MEDIUM	0,38 Dh	4	1,52 Dh
GLUCOMEN	8,00 Dh	2	16,00 Dh
LANCETTE	2,00 Dh	1	2,00 Dh
PERFUSEUR	10,00 Dh	1	10,00 Dh
PROLONGATEUR 150 CM	20,00 Dh	1	20,00 Dh
			130,52 Dh

POLYCLINIQUE DAR SALAM
728, Bd. Moudoukeita - Casa
Tel: 05 22 85 14 14
Fax: 05 22 83 08 80



مصداقة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
201913675	28/12/2019	Mme CHFIRI Fatima Ezzahra	Payant	28/12/2019	28/12/2019

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
CHAMBRE AMBULATOIRE			1	400,00	400,00
AIDE MEDICALE INFIRMIER K5		AMI	1	150,00	150,00
PHARMACIE			1	130,52	130,52
TOTAL CLINIQUE					680,52

AUTRES PRESTATIONS

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
DR. RAFAI(Neurologue)			1	700,00	700,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					700,00

Arrêtée la présente facture à la somme MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS CINQUANTE-DEUX CENTIMES	TOTAL GENERAL	1 380,52
---	----------------------	-----------------

POLYCLINIQUE DAR SALAM
728, Bd. Modibo keita Casablanca
Tél: 05 22 85 14 14
Fax: 05 22 83 08 80

URGENCES 24 / 24 مستعجلات

CLINIQUE DAR SALAM

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 28/12/2019
DATE SORTIE : 28/12/2019 10h00

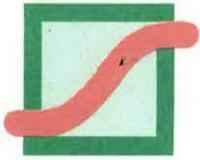
LE: 28/12/2019

DR. RAFAI (Neurologue) HONORAIRES : 700,00 Dh (SEPT CENTS DIRHAMS)

PATIENT : MME CHFIRI FATIMA EZZAHRA

signé et cacheté

ENMC - EEC - D'WNE
Spécialité Neurologie et Maladies du Système
Nerveux et Troubles Psychiques
Dr. Rafai M.A.
1 PES - Neurologue



مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

28/12/19

Compte Rendu d' Hospitalisation

Je soussigné, *Dr Rafai MA*, Neurologue,

Certifie, que Mme/Mr... *Ch. fin Fatiha Zahra*

Agé(e) de... *24 ans*... a été Hospitalisé(e), Le

... *28/12/2019* pour (PL)

Ponction Lombar , avec Etude du LCS, dans le

Cadre du bilan d'une affection Neurologique,

... *inflamm de base*

Certificat délivré à l'intéresse, pour servir et
valoir ce que de droit.

Dr Rafai M.A
DES Neurologue
des Maladies du Système
Nerveux et Muscles
EEG - Tauxine Robotique

URGENCES 24/24 مستجد

CLINIQUE DAR SALAM

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 19L28082401

NOM DU PATIENT Mme CHFIRI Fatima Ezzahra

DATE D'ENTREE 2019-12-28 08:24:01

DATE DE SORTIE 2019-12-28 10:00:00

POLYCLINIQUE DAR SALAM
728, Bd. Moudobokeyta - Casa
Tel: 05 22 85 14 14
Fax: 05 22 83 08 80