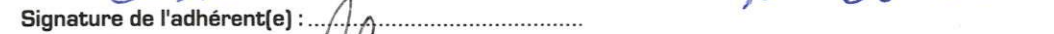


MUFRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mufras.com



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/6/2022 | voir facture | | 384,40 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54, Boulevard Gandhi - Cas
Tél : 05 22 94 07 75 / 76

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

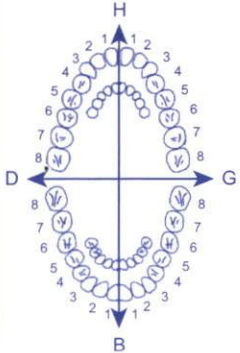
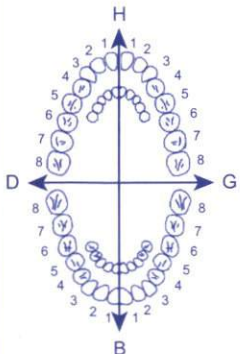
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| 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 G 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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 30/6/2017

| | |
|---|--|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | |
| Matricule : <u>05000</u> | e-mail : <u>Abdelhak.01@live.fr</u> Phones : <u>06 61 89 11 81</u> |
| Nom et Prénom de l'adhérent : <u>MOUHINE ABDECHAK</u> | |
| Nom et Prénom du bénéficiaire : <u>Adhérent -</u> | |
| A REMPLIR PAR LE PRATICIEN | |
| DR AHMED MORAD Médecin Anesthésie-Réanimateur Traitement De La Douleur | |
| Je soussigné : | |
| Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>MOUHINE ABDECHAK</u> | |
| Nécessite | |
| Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) | |
| <u>Hospitalisation</u> <u>en urgence pour traitement</u> <u>Dechocage</u> | |
| Une hospitalisation de (approximatif) | |
| A (préciser l'établissement hospitalier) | |
| STRICTEMENT CONFIDENTIEL | |
| Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): | |
| <u>Pour l'omission incongrue</u> <u>de l'hydratation plus douleurs épigastrique et</u> <u>Abdominales.</u> | |
| Cachet, date et signature du praticien | |
| A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS | |
| Décision : | |

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Billet de sortie

Dr. Ahmed MORAD
Médecin
Anesthésiste

| | | |
|-------------------|------------------|----------|
| Nom du patient: | MOUHINE ABDELHAK | |
| Médecin traitant: | AHMED MORAD | |
| Prise en charge: | *** | |
| date d'entrée : | 22/06/2021 | |
| Date de sortie: | 30/06/2021 | |
| Le caissier | | Le major |

Billet de sortie établie par:

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54, Boulevard Ghandi - Casa
Tel.: 05 22 94 07 75 / 76

Dr. Ahmed MORAD
Médecin
Anesthésiste - Réanimateur

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54, Boulevard Ghandi - Casa
Tel: 0522 36 69 11 / 0522 36 74 05 / 0522 94 07 70 / 0522 36 05 34

facture

| | |
|-----------------|------------------------------|
| Nom du patient: | MOUHINE ABDELHAK |
| payant | du:22/06/2021 au: 30/06/2021 |

| désignation des prestations | lettres Clés | | Nombre | Prix unitaire | Montant en Dh |
|-----------------------------|--------------|--|--------|---------------|---------------|
| soins intensifs | | | -8 | 1 000,00 | -8 000,00 |
| Pharmacie | | | 1 | 2 384,40 | 2 384,40 |
| Total général: | | | | | 10 384,40 |

Arrêter la présente facture à la somme de :

dix mille trois cent quatre-vingt quatre dirhams, quarante centimes,

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54, Boulevard Ghandi - Casa
Tel: 0522 36 69 11 / 0522 36 74 05 / 0522 94 07 70 / 0522 36 05 34

Dr. Ahmed MORAD
Médecin
Anesthésiste - Réanimateur

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54, Boulevard Ghandi - Casa
Tel.: 05 22 94 07 75 | 76

annexe pharmacie

Nom du patient:

MOUHINE ABDELHAK

| désignation | quantité | Prix unitaire | Montant |
|------------------------|----------|---------------|---------|
| sérum solution 500 ml | 12 | 21,00 | 252,00 |
| Flagyl 500 mg inj | 6 | 70,55 | 423,30 |
| Oedes 40mg inj | 2 | 249,00 | 498,00 |
| Perfalgan 1 g inj | 6 | 36,00 | 216,00 |
| Triaxon 1g inj | 6 | 71,20 | 427,20 |
| Solu-médrol 120 mg inj | 9 | 57,60 | 518,40 |
| Cloprame inj | 1 | 13,90 | 13,90 |
| Antagon H2 inj | 1 | 35,60 | 35,60 |

Total général:

2 384,40

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54, Boulevard Ghandi - Casa
Tel.: 05 22 94 07 75 | 76

Dr. Ahmed MORAD
Médecin
Anesthésiste - Réanimateur

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54, Boulevard Ghandi - Casa
Tél.: 05 22 94 07 75 / 76

Nom et prénom : MO'JHINE ABDELHAK

Hospitalisation : DU22/06/2021 :AU :30/06/2021

Compte rendu d'hospitalisation

Patient admis en urgence à la clinique pour vomissements
incoercibles avec déshydratation plus douleurs épigastriques et
abdominales

Hospitalisation en urgence pour traitement medical

Suite simple.

CLINIQUE GHANDI
CENTRE DE RADIOLOGIE
54, Boulevard Ghandi - Casa
Tél.: 05 22 94 07 75 / 76

Dr. Ahmed MORAD
Médecin
Anesthésiste - Réanimateur