

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
26.12.2021	C + BH		13436	Dr. AYMAN YOUSSEF Médecin Généraliste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/2021	186,40

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DE TRAVAIL

MONTANTS DES CRÉDITS

DATE DU
DEVIS

وصفة
ORDONNANCE



le 26/12/21

PHARMACIE DE LA CITE
PORTUGAISE
Dr. Amine MAROUANI
15, Rue Hachimi Bahbah
Cite Portugaise - El Jadida
Tél. : 053 210 01 00

34,40

2/ Disponivel

2 x 10

LOT 210325
EXP 02/2024
PPV 34.40DH

28,10

2/ Vogolene Sir. 500 mg

Lot :
EXP :
PPV [DH]:

28,10

74,10

31 x 540 - 5 g

LOT 201177
EXP 04/2023
PPV 74.10DH

49,80

4/ Flagyl 500 mg
CP PEL 820
PPV 490180
6 11800000600062

186,40

Dr. SAYAM YOUSSEF
Médecin Généraliste



N° IPP :	350086	N° SEJOUR :	210028496	FACTURE N° 2105015733				DATE D'ENTREE :		26/12/2021	DATE DE SORTIE :		26/12/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :		RHAREF,El Mostafa			
MALADE :	RHAREF,El Mostafa				UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :												
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE				
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT			
CONSULTATION DE MEDECIN.													
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00			
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX													
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50			
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					4.82				0.00	4.82			
FOURNITURES MEDICALES					2.04				0.00	2.04			

Intervenant :	10000150 RAYYAM YOUNES	TOTAUX :	134.36							134.36	
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:			
CENT TRENTÉ QUATRE DHS ET TRENTÉ SIX CENTIMES			REMISE :	0.00	REGLE :	134.36		AVOIR :			
			RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE :	26/12/2021	EDITEE LE :	26/12/2021	PAR:	RAMDAN	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA					
						BANQUE : BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA					
						N° compte bancaire : 011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA					

