


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
17/10/2012	S	1	150,00	

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
	17/10/12	B 300	427,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

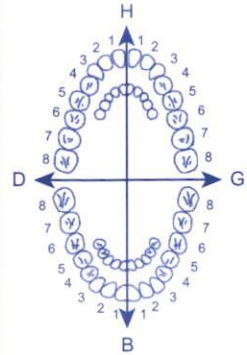
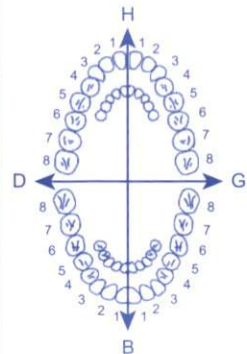
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

Docteur Ouafâe JABRI

MÉDECINE GÉNÉRALE
ECHOGRAPHIE

281, Boulevard Lalla Asmaa

Sidi Moumen Jedid

CASABLANCA

(Au dessus Pharmacie As-Sahab)

Tél: 05 22 70 74 14

الدكتورة وفاء الجابري

الطب العام
الفحص بالصدى

281، شارع للأسماء

سيدي مومن الجديد، الدار البيضاء

(فوق صيدلية الصباح)

الهاتف: 05 22 70 74 14

Casablanca, le: 17/10/2022

M^R MOUSSAOUI Moutao.

Faire Dosage PSA
=

Docteur Ouafâe JABRI
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
281, Bd. Lalla Asmaa - Sidi Moumen Jedid
Tél: 022 70.74.14 - CASABLANCA

Mme SEBTI CHRAÏBI Fouzia
Biolab
Laboratoire BIOLAM
314, Rue Mustapha El Maani
Casablanca - Tél: 0522 26 72 67



FACTURE N° : 000034520

M. MOUSSAOUI Sidi Morad
Dossier N° : 20221001090
Né(e) le : 08-06-1953 (69 ans)

CASABLANCA le 17-10-2022

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Clé	Total
Prélèvement	E25	25.00 MAD
PSA	B300	402.00 MAD
	Total	427.00 MAD

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 427.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent vingt-sept dirhams .

Mme SEBTI CHRAIBI Fouzia
Biologiste
Laboratoire BIOLAM
314, Rue Mustapha El Maâni
Casablanca - Tél: 0522 26 72 67



Dossier ouvert le : 17-10-2022 11:13

Date du prélèvement : 17-10-2022 11:13

Edité le : 17-10-2022

Prescripteur :



M. MOUSSAOUI Sidi Morad

Dossier N° : 20221001090

Né(e) le : 08-06-1953 (69 ans)

Analyses

Résultats

Norme

Antécédents

MARQUEURS TUMORAUX

Antigène spécifique de la Prostate :

(Immunoenzymométrique AIA 360)

3.997 ng/ml

Interprétation:

20 à 40 ans : <1.5 ng/ml

40 à 50 ans : <1.9 ng/ml

50 à 60 ans : <3.6 ng/ml

60 à 70 ans : <6.9 ng/ml

Validé par : SAKINA KITAB

Mme SEBTI CHRAIBI Fouzia
Biologiste
Laboratoire BIOLAM
314, Rue Mustapha El Maâni
Casablanca - Tél: 0522 26 72 67