

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
20/11/22	C	1	190,00	DR HOUMAME MOUNA Pediatre

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOLIBI ERKHIM souscrite par Dr Ahmed Thamir GSM 071 63 31 85	29/11/22	308,10

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie HASSANI CASA	25/11/22	2,16	160,52

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

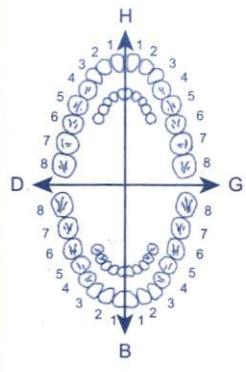
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

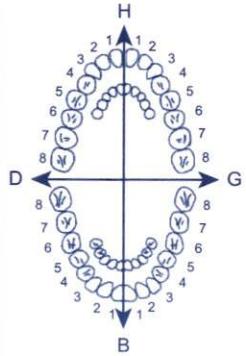


ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي
CNSS

Le devoir de vous protéger



وصفة ORDONNANCE

Mère - Enfant
Hay Hassani

Le 25/11/22
AH Roulbah Marouane

79,50

① Azix 500

1cp/j pft 3g

40,00

② estigmes 200

2cp/j le matin

99,00

③ oldes 200

1cp/j le matin

79,50

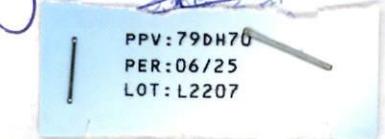
④ fibrogelis 300

2cp/j

10,30

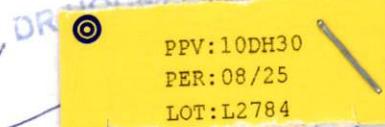
⑤ olixrene 500

1cp/j si T > 38 - 306;



LOT 211316
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

PPV: 40DH00
PER: 08/25
LOT: L2795



N° IPP :	759498	N° SEJOUR :	220039687	FACTURE N°	2205014292	DATE D'ENTREE :	25/11/2022	DATE DE SORTIE :	25/11/2022
----------	--------	-------------	-----------	------------	------------	-----------------	------------	------------------	------------

ASSURE :

MALADE : AMROULLAH, Marouane

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

AMROULLAH, Marouane

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	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F										

Intervenant : M0400016 DR. HOUMANE MOUNA

TOTAUX : 190.00

190.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGT DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

DATE FACTURE : 25/11/2022

EDITEE LE : 25/11/2022

PAR: HAYAT

DATE AT :

VISA

RESTE DU: 190.00

ACCIDENT DE TRAVAIL:

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT

BANQUE :

BMCE - YAACOUB ELMANSOUR

N° compte bancaire :

011 780 0000 71 210 00 60070 49



N° IPP : 759498

N° SEJOUR : 220039688

FACTURE N° 2203011227

DATE D'ENTREE : 25/11/2022

DATE DE SORTIE : 25/11/2022

ASSURE :

MALADE : AMROULLAH, Marouane

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

AMROULLAH, Marouane

NATURE DE PRESTATION

LETTRE

CLE

NOMBRE

x COEF

PRIX

UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

TIERS PAYANT 2

% / Dh

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

ACTES DE RADIOLOGIE

ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE

Z

16.00

10.00

160.00

0.00

160.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .

TOTAUX :

160.00

160.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT SOIXANTE DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE :

AVOIR :

RESTE DU: 160.00

DATE FACTURE : 25/11/2022

EDITEE LE : 25/11/2022

PAR: HAYAT

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA



Régllement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT

BANQUE :

BMCE - YAACOUB ELMANSOUR

N° compte bancaire :

011 780 0000 71 210 00 60070 49



BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE A Moullah Mounene

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

cou & douleurs
Inhalation

Examen demande

Re thorax
face

Le médecin traitant

DR HOUAMME Mouna
Béchar

Z =	PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
24 x 30	36 x 43	35 x 35	18 x 24		
30 x 40	35 x 35	13 x 18	15 x 40		

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posés =

Casablanca, le 25 - 11 - 2022

SERVICE DE RADIOLOGIE

IDENTITE PATIENT (E)

AMROU LLA Marguane

EXAMEN DEMANDE PAR

RADIOGRAPHIE THORAX FACE

RESULTATS :

- Absence de lésion pleuro-parenchymateuse d'allure évolutive.
- La silhouette cardio-médiastinale est d'aspect normal pour l'âge.

DR. M. TERROUNI
MÉDECIN RADIologue
CHS HAY EL HASSANI
CASABLANCA