

ND  
166550

Fait à : ..... Le : ...../...../.....  
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 Règlement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02.05.23        |                   | 9                     | 300                             |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### 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 |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 22/05/2023 | PDC                          | 300                    |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

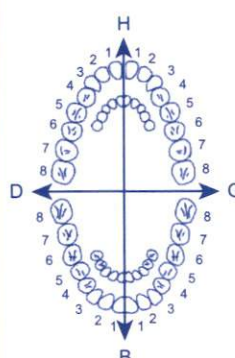
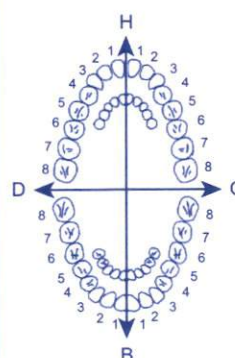
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |                    |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|--------------------|
|    |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         | MONTANTS DES SOINS |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
|   |   |                  |             |                         |                    |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/>           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                  |             |                         |                    |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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





AKDITA

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالبيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

02/05/2023

**Facture N°: FC2305003341**

Mme BOUFTASS SAADIA

Acte : Consultation

Prix : 300 Dhs

Signature

Dr. Naoufal MAMOU  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Oncologue - Radiothérapeute  
Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casablanca  
Tél 05 22 77 82 28

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma





AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

02/05/2023

**Mme BOUFTASS SAADIA**

TDM thoracoabdominopelvienne

neoplasie colique en 2016 sous surveillance

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca  
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : [info@ciocasablanca.ma](mailto:info@ciocasablanca.ma)  
Site web : [www.ciocasablanca.ma](http://www.ciocasablanca.ma)



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 88636 / 2023 du 22/06/2023

|                 |                |        |            |
|-----------------|----------------|--------|------------|
| Nom patient     | BOUFTAS SAADIA | Entrée | 22/06/2023 |
| Prise en charge | MUPRAS         | Sortie | 22/06/2023 |

| Désignation des prestations                 | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---|--------|------------|---------------|---------|
| SUPPLEMENT DE PRODUIT DE CONTRASTE POUR TDM | 1,00   |            | 300,00        | 300,00  |
|   |        |            | Sous-Total    | 300,00  |
| Total Clinique                              |        |            |               | 300,00  |

|   |                      |                |        |
|---|----------------------|----------------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : |                      | Total          | 300,00 |
| TROIS CENTS DIRHAMS                         |                      |                |        |
| Immatriculation :                           | Adhérent :           | Part organisme | 270,00 |
| Affiliation :                               | N° prise en charge : | Part patient   | 30,00  |
| Cin : B340195                               |                      |                |        |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Service Radiologie  
 Tel : (+212) 0529 00 45 66  
 E-mail : www.hck-fckm.ma