

Autorisación CNEP: A.A. 215/2019

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
01/07/23	CSM		12000	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZUR Dr. NADIA BOUCHABANE S. Les Vagues d'Or, Imm. A BP: 119 - Sidi Bouzid Tél: 05 23 34 86 41	01/07/23	18360

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/07/23	22615	150100

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/07/23					313,00

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	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT 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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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														

وصفة
ORDONNANCE



EL JADIDA

le 01/07/2023.

El Jahloul Fatima

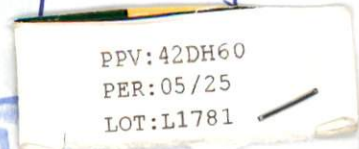
28,00

1) rodel - weline



48,60

2) Gabic 7,5



53,00

3) IPP 2



127,60

Pharmacie AZURAD s.r.l au
Dr. Mme. NADIA BOUCHABANE
Rés. Les Vagues Dr. Imr. A
BP. 119 - Sidi Bouzid
Tél: 05 23 34 86 41

Dr. BENCHAKROUN SEDDI
Spécialiste en chirurgie
Orthopédique et traumatologique
Tél : 06 61 55 88 62
DPE : 14127-665



THUASNE

Ligaflex®
Classic open

REF 2437 02
24370220200199



Modèle unique
droite/gauche
Universal
right/left model
Beidseitig
verwendbar



313/2

Taille/Size/Größe



2022-06

MD



LOT

1465448



(01)03111792437121(10)1465448

وصفة
ORDONNANCE



le 01/07/2023

El Jabbane Fatima

Svp

313,00 Atelle du poignet st

Tel: 05 23 34 84 76 - 05 23 34 84 76
Sidi Bouzid - El Jadida
Pharmacie Diamant Vert
Dr. Samira Mestari



Pharmacie Diamant Vert



DR. BENCHEKROUN BEDDIK
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
Tél : 06 61 35 88 62
INPE : 1412 6446

Le 010/07/2023

PHARMACIE DIAMANT VERT

DR SAMIRA MESTARI

COMPLEXE TOURISTIQUE DIAMANT VERT N 3

SIDI BOUZID

Patente : 42161609

NR C : 22222ID Fiscal : 6530870

Fix : 0523348476

Facture n : 13638

MAHBOUB FATIMA

QUANTITE	Désignation	Prix unitaire	MONTANT
1	ATTELLE DE POIGNET	313.00	313.00
			313.00

Arrêtée la présente facture a la somme de trois cent treize dirhams.

Pharmacie Diamant Vert
Dr. Samira Mestari
Sidi Bouzid - 24 Rue El Jaidia
Tél: 05 23 34 84 76 - Gsm: 06 68 13 02 34



N° IPP :	380707	N° SEJOUR :	230016498	FACTURE N° 2305009227		DATE D'ENTREE : 01/07/2023		DATE DE SORTIE : 01/07/2023			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : EL MAHBOUB, Fatima					
MALADE : EL MAHBOUB, Fatima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICAL		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10000202 DR BENCHEKROUN SEDDIK	TOTAUX :	340.00					340.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:
TROIS CENT QUARANTE DHS		REMISE :		0.00	REGLE :	340.00	AVOIR :
		RESTE DU:		0.00			
DATE FACTURE : 01/07/2023	EDITEE LE : 01/07/2023	PAR: MOSTA	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
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			

