





# 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
12/06/2023		1	200.00	Dr. YAQOUBI Youssef Médecin Urgentiste INPE : 001185869

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CITE PLATEAU 24, Bis Avenue Stendhal CITE PLATEAU 91057 INPE 092019587	12/06/2023	643.40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHIKHIAOUI Nahil Radiologue INPE : 91036020	12/06/2023	1	200.50

# AUXILIAIRES MEDICAUX

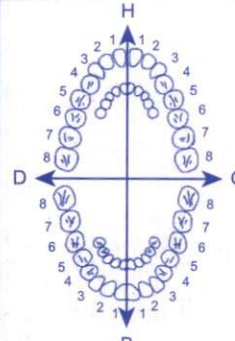
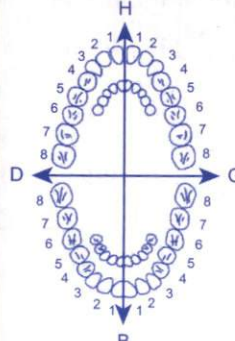
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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





وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

LOT 211951  
EXP 04/2024  
PPV 140.00DH

LOT 211952  
EXP 04/2024  
PPV 140.00DH

LOT 211715  
EXP 04/2024  
PPV 140.00DH

Le 26/06/2023

Nazir



INPE  
092019587

LOT 230080  
EXP 01/2026  
PPV 74.80DH

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80



PPV 98DH80  
EXP 10/2025  
LOT 2N0341

DR. YADOURI ROUSSEI  
Médecin Urgentiste  
INPE : 00102760



وصفة  
ORDONNANCE



Le 26/06/2012

G. Nasser

\_\_\_\_\_

Ergonomie

Sh. Nasser

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE 061103269



N° IPP : 1393524	N° SEJOUR : 230061764	<b>FACTURE N° 2303023332</b>		DATE D'ENTREE : 26/06/2023		DATE DE SORTIE : 26/06/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : EL MESTOUR,Nadia		UF: 5003 RADIOLOGIE		EL MESTOUR,Nadia						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)				TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 26/06/2023				EDITEE LE : 26/06/2023	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
				BANQUE :			BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
				N° compte bancaire :			011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1393524		N° SEJOUR : 230061774		<b>FACTURE N° 2305017878</b>		DATE D'ENTREE : 26/06/2023		DATE DE SORTIE : 26/06/2023			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>EL MESTOUR,Nadia</b>					
MALADE : EL MESTOUR,Nadia											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 : REF. PC 2 :											
NATURE DE PRESTATION		LETTR 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.		CN	1.00	120.00	120.00					0.00 120.00	
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F											

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)		TOTAUX :		120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	120.00		AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 26/06/2023				EDITEE LE : 26/06/2023		PAR: BAKHRI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :		
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef		
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31		

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
DERB-GHALLEF CASABLANCA  
Caisse Urgence

Casablanca le : 26.06.2023

Patient (e) : ELMASTOUR NADIA

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

Les deux reins, la rate et le pancréas sont normaux.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

CONCLUSION

Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalies.



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghalef

☐ I.R.M  
(1.5 Tesla)

☐ Scanner  
(Corps Entier)

☐ Radiologie  
Numérique

☐ Echo-Doppler  
(Couleur)

CHIKHON  
Radiologie  
05 22 86 30 21